

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 150

# MODE ET SNOBISME

## LEUR RANÇON PATHOLOGIQUE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Juillet 1935

PAR

René Jean SÈGUE-BUXEROLLE

Né à Confolens (Charente), le 20 Août 1911

|                        |   |                                 |                   |
|------------------------|---|---------------------------------|-------------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. TEULIÈRES, professeur ..... | <i>Président.</i> |
|                        |   | GUYOT, professeur .....         | { <i>Juges</i>    |
|                        |   | R. SIGALAS, professeur .....    |                   |
|                        |   | BEAUVIEUX, agrégé .....         |                   |

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1935







UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 150

# MODE ET SNOBISME LEUR RANÇON PATHOLOGIQUE

## Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Juillet 1935

PAR

**René Jean SÈGUE-BUXEROLLE**

Né à Confolens (Charente), le 20 Août 1911

Examineurs de la Thèse

MM. TEULIÈRES, professeur ..... *Président.*  
GUYOT, professeur .....  
R. SIGALAS, professeur ..... *Juges*  
BEAUVIEUX, agrégé .....



BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1935

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. MAURIAC  
 Assesseur..... M. LABAT  
 Doyen honoraire..... M. C. SIGALAS

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE,  
 RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

## PROFESSEURS

| MM                                                                                |                                 | MM.                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Clinique médicale.....                                                            | MAURIAC,<br>DUPÉRIE<br>BEGOUIN. | Clinique chirurgicale in-<br>fantile et orthopédie.... ROCHER               |
| Clinique chirurgicale.....                                                        |                                 | Clinique médicale des ma-<br>ladies des enfants..... CRUCHET                |
| Clinique chirurgicale et<br>gynécologique.....                                    | GUYOT.                          | Chimie biologique et mé-<br>dicale..... DELAUNAY                            |
| Pathologie et thérapeuti-<br>que générales.....                                   | CARLES.<br>ANDERODIAS.          | Physique médicale et phar-<br>maceutique..... C. SIGALAS.                   |
| Clinique d'accouchements.<br>Anatomie pathologique et<br>microscopie clinique.... | SABRAZES.<br>VILLEMIN.          | Médecine coloniale et clin-<br>ique des maladies exoti-<br>ques..... BONNIN |
| Anatomie.....                                                                     |                                 | Clinique des maladies cuta-<br>nées et syphilitiques.... PETGES.            |
| Anatomie générale et his-<br>tologie.....                                         | G. DUBREUIL.<br>LEURET.         | Clin. des mal. des voies urinaires.. DUVERGEY                               |
| Hygiène.....                                                                      |                                 | Clinique des maladies ner-<br>veuses et mentales..... ABADIE                |
| Médecine légale et déon-<br>tologie.....                                          | LANDE                           | Clinique d'oto-rhino-laryngologie... PORTMANN.                              |
| Electroradiologie et clin.<br>d'électricité médicale..                            | RÉCROU<br>CHELLE.               | Toxicologie et hygiène ap-<br>pliquée..... LABAT                            |
| Chimie.....                                                                       |                                 | Hydrologie thérapeutique<br>et climatologie..... CREYX                      |
| Botanique et matière mé-<br>dicale.....                                           | GOLSE.<br>DUPOUY                | Clinique dentaire..... N.                                                   |
| Pharmacie.....                                                                    | MANDOUL<br>AUBERTIN             |                                                                             |
| Zoologie et parasitologie.<br>Médecine expérimentale..                            | TEULIERES                       |                                                                             |
| Clinique ophtalmologique.                                                         |                                 |                                                                             |

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).  
 PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                    |                                                                | MM                                                           |
|------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Anatomie.....          | DUBECQ.<br>DUFOUR.                                             | Chirurgie générale.....                                      |
| Anatomie.....          | FABRE.                                                         |                                                              |
| Physiologie.....       |                                                                |                                                              |
|                        |                                                                | Obstétrique..... RIVIERE.                                    |
|                        |                                                                | Ophthalmologie..... BEAUVIEUX                                |
|                        |                                                                | Oto-Rhino-Laryngologie..... DESPONS                          |
| Médecine générale..... | DAMADE<br>PIECHAUD<br>DELMAS-MARSALET.<br>DE GRAILLY<br>FONTAN | Dermatologie et syphilogra-<br>phie..... JOULIA.             |
|                        |                                                                | Physique médicale..... WANGERMEZ                             |
|                        |                                                                | Chimie générale pharma-<br>ceutique et toxicologie... VITTE. |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| MM.                                                                                                  |                  | MM.                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------|
| Physiologie.....                                                                                     | FABRE            | Ophtalmologie..... CABANNES (en congé)     |
| Médecine opératoire.....                                                                             | F. PAPIN         | Puericulture..... FAUGÈRE                  |
| Accouchements.....                                                                                   | PERY.            | Pharmacie chimique..... VITTE              |
| Pathologie médicale.....                                                                             | DELMAS-MARSALET. | Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS. |
| Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..... |                  | Botanique..... GIRARD.                     |

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

## A MA FEMME

*Je dédie ce modeste travail.  
Puisse-t-elle trouver là un  
faible hommage de toute l'affection  
que je lui porte; et de  
la gratitude que je lui dois.*

A MA MERE

A MON PERE

*En témoignage de reconnaissance et d'affection.*

---

A MA SŒUR

*En souvenir de mes années d'enfance qu'elle ensoleilla.*

A MON ONCLE

LE LIEUTENANT ALBERT CELLIER

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

*Officier d'une haute valeur morale, véritable chef, ayant gardé pendant toute la bataille le même calme qu'à la manœuvre, et donné à la troupe le plus bel exemple de bravoure et d'énergie.*

*(Une de ces citations.)*

IN MEMORIAM !

A TOUS CEUX QUI M'ONT TEMOIGNE  
QUELQUE SYMPATHIE

---

A MES MAITRES  
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE



A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE  
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ  
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS  
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
CROIX DE GUERRE  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEULIERES

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Mon cher Maître,*

*Pendant près d'une année  
passée dans votre service, j'ai  
reçu de vous un enseignement  
et des conseils que je tâcherai  
de toujours retenir, ainsi  
qu'un accueil bienveillant et  
affable, qui restent parmi les  
souvenirs les plus agréables  
que j'aurai recueillis.*

*Permettez-moi de vous en  
remercier très chaleureuse-  
ment.*



## PLAN DE NOTRE TRAVAIL

*Chapitre premier. — Irritants physiques.*

A) Chaleur. — Lumière.

Troubles hépato-digestifs.

Troubles cutanés.

Troubles oculaires.

B) Electricité.

*Chapitre II. — Irritants chimiques.*

Cosmétiques divers

Les teintures.

Composition des teintures.

Danger des teintures.

Accidents cutanés observés chez ceux qui appliquent  
les teintures.

Lésions oculaires dues aux teintures capillaires.

Lésions oculaires par teintures et colorants des cils et  
des sourcils.

Troubles apportés par les pâtes épilatoires.

*Chapitre III. — Irritants mécaniques.*

*Quelques réflexions.*

*Conclusions générales.*

Bibliographie.

---



## AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, au moment où notre séjour à la Faculté et à l'Hôpital s'achève, d'adresser un remerciement ému à tous les maîtres, qui ont bien voulu nous faire bénéficier de leur enseignement.

A Monsieur le professeur Teulières, qui nous accueillit dans son service avec une souriante indulgence et une grande bonté, nous a donné le sujet de ce travail, aidé de ses conseils et veut bien nous faire l'honneur de présider cette thèse, l'expression de notre très vive gratitude et de notre respectueux attachement,

---

## INTRODUCTION

De tous temps la mode a eu ses exigences ; de ces exigences les extravagances sont nées.

Quel est donc ce sentiment si brutal et si fort au nom duquel les hommes se prévalent pour agrémenter leur visage des tons les plus divers ; mordancer leur chevelure des mixtures les plus compliquées ; se livrer sans défense aux ardeurs d'un soleil brûlant. Les hommes et surtout les femmes.

Il semble que ce besoin de parfaire notre esthétique, d'étonner notre semblable en l'imitant ou en le surpassant est inhérent à notre nature même ; il s'est sans doute adapté aux convenances sociales de chaque époque, mais il ne s'en est pas moins multiplié et renforcé dans l'esprit grégaire des foules, au point de devenir une folie collective qui se propage à dates fixes en divers points de notre planète, et qui fait par un paradoxe aussi amer que saugrenu, que ce sont ceux qui n'y participent pas qui paraissent les fous.

\*  
\* \* \*

Aussi loin que nous puissions remonter dans les âges les plus lointains, nous voyons l'être humain désireux avant tout d'imposer sa force.

Et cela, pour ne pas être le vaincu d'un univers hostile, duquel un jour il va s'affirmer le vainqueur.

Ce besoin de dominer est en lui dès son apparition sur la planète et sera toujours en lui.

Il arrache tout d'abord à la nature ses premiers secrets, qu'elle semble ne lui céder qu'à contre-cœur et, avec leur aide, il affirme d'avantage son désir de perpétuer son espèce.

Devant lui bientôt fuiront les grands fauves que, d'abord, il n'osait attaquer, et l'univers le reconnaît, enfin, « roi de la création », comme dit la genèse.

Cela ne lui suffit pas encore; ce sont alors les combats singuliers pour la vie, pour le meilleur terrain de chasse, peut-être aussi déjà pour le plaisir de vaincre, puis ce sont les hordes, qui se forment, et pour mieux s'affronter et se résister entre elles, se réfugient « derrière une enceinte de pierre brute » et fondent les premières cités; ce seront alors des principes d'ordre plus complexe qui feront affronter les guerriers, mais derrière la carapace de plus en plus affinée d'une intellectua lité de plus en plus supérieure, le primitif sera toujours là et reparaitra toujours.

Mais que devient la compagne d'un mâle si farouche ?

Sa constitution plus fragile, son « éternelle blessure », ses maternités répétées lui interdisent d'emblée cette sorte de lutte; elle ne peut imposer la force de ses muscles, elle imposera celle de sa grâce, car elle aussi elle veut vaincre.

Elle vaincra à sa manière, en faisant s'allumer la flamme du désir à travers les yeux broussilleux du guerrier hirsute qui rentrera le soir dans la caverne et qui, en échange du seul apaisement de ses sens, lui donnera la nourriture et la chaude fourrure de l'auroch dont elle cherchera à se draper avec art en se mirant dans les fontaines.

Mais ce n'est pas tout de conquérir, il faut aussi conserver sa conquête, éclipser sa rivale.

Et, tandis que le guerrier de la préhistoire, ne se contentant plus de ses poings robustes, coupe sa première massue, fait durcir au feu la pointe de l'épieu et taille le silex dans un but meurtrier, elle, tire déjà de l'écorce du chêne les teintures qui feront flamboyer sa chevelure et de l'argile l'ocre qui lui bistrera les yeux. Chez ces deux êtres le même besoin domine; chacun l'adapte à sa manière; et au fur et à mesure que l'un accroîtra de jour en jour son industrie d'un raffinement

nouveau, pour exterminer plus sûrement son semblable, l'autre perfectionnera parallèlement ses moyens de séduction.

Se teindre la peau avec les sucres des plantes ou les couleurs minérales, faire de son corps un tableau couvert de figures, arranger ses cheveux, mettre sur soi en pendeloque une infinité de petits objets qui brillent de loin et bruissent quand on marche, sont des agréments auxquels nulle race d'homme quelle qu'elle soit, n'a jamais, jusqu'ici, été trouvée étrangère.

Les travaux surprenants des cavernes de Combarelles et de la Madeleine dans la vallée de la Vézère, nous montrent que, dès l'aurore de l'humanité, l'ancestral a été animé de telles préoccupations.

Et dans l'abri des Eysies, à côté des haches tranchantes de silex taillé, des harpons à dents de scies et des pointes aiguës de sagaies, on trouve de nombreux morceaux d'ocre rouge et d'oxyde de manganèse, noir, dont les troglodytes se servaient pour peindre sur les parois des grottes, mais aussi pour colorier et orner leurs corps.

\*  
\* \* \*

La cosmétique en soi vieille comme le monde, après avoir subi au cours des âges des fluctuations diverses, s'est réveillée de nos jours, un grand nombre de causes ont concourru à cette renaissance, désir personnel de paraître, nécessités sociales, esprit plat d'imitation; mais à tout cela le snobisme s'est mêlé, et lui a communiqué une note presque odieuse.

Ce snobisme dans tout son illogisme, dans toute sa bête prétention, qui fait rôti stoïquement sur nos plages les anatomies plus ou moins dégradées, de malheureux patients endurant un supplice dont les pires condamnés ne voudraient pas, dont la grandeur stoïque n'a d'égale que la bêtise au nom duquel il se prévaut.

Ce snobisme qui fait promener nu-tête sous les ardeurs d'un soleil de feu, sous les trombes des averses déchaînées, de jeunes éphèbes plus ou moins décérébrés; qui transforme en pou-

pées horribles de porcelaine les visages dont la beauté est dans la vie, et en regards fixes et atones ceux qui devraient laisser transparaître leur âme.

Enfin une dernière sécrétion de notre siècle malade : la « star » de cinéma ; n'est pas pour rien dans la propension des foules aux fards et aux cosmétiques.

Sans doute les sentiments humains ne seront exprimés sur l'écran, qu'à travers une carapace de plâtre, par la moue d'une lèvre sanguinolente, ou par la haussement dominateur de sourcils épilés ; mais l'artiste ne possède-t-elle pas, barbarisme monstrueux des jeunes Amériques, « le sex appeal » ?

Et la petite midinette dans le noir, regardant sur un écran ce visage exsangue et maquillé où sont empreintes toutes les lassitudes humaines, ne peut faire qu'une chose : imiter sa vedette favorite par un « sex appeal » identique, soit pour séduire le petit voisin d'à côté, soit pour être star à son tour !

C'est toutes les rançons de ces extravagances que nous allons étudier sur l'organisme, nous envisagerons du moins les principales.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### IRRITANTS PHYSIQUES

#### A) Chaleur. Lumière.

De tous les irritants physiques, la chaleur et la lumière se mettent aux premiers plans.

Nos snobs et nos mondaines, par leur désir croissant de s'exhiber au soleil, nus ou presque nus sur les plages à la mode, nous prêtent, hélas ! un immense champ d'étude.

Y a-t-il assez de mépris pour celui qui au retour des vacances ne présente pas une belle teinte brou de noix, sur les différentes parties de sa surface cutanée ?

D'où à tout prix, rôtir son corps sous un soleil d'août, malgré les plus cuisantes brûlures, est un commandement sacré et dans le plus simple appareil, chacun supportera en silence le supplice infligé ; quand l'épiderme du patient ne vire pas assez à la teinte voulue, vite chez le pharmacien, le plus proche, qui prescrira une savante mixture spécialisée à étendre en frictions, et sous cette carapace huileuse, on se laissera vaillamment rissoler.

Nos belles côtes de France n'ont pas suffi à cet exode grégaire, des plages artificielles sont nées dans les banlieues des principaux centres, n'importe où, dans une prairie, sur une vague étendue plus ou moins caillouteuse, exposant alors à des lésions cutanées assez spéciales, que nous étudierons, ou sur des plages créées de toutes espèces par la main des hommes, et là le spectacle est encore plus lamentable, tout est

artificiel; le sable, le flot, la vague, seuls subsistent éternels, un soleil qui darde encore plus fort et cette immense stupidité de la foule qui, sans aucun discernement, expose à de rudes rançons, un corps de citoyen inadapté.

### *Troubles hépato-digestifs.*

On pourrait croire que le désir de montrer ses formes et de ressembler à une statue de bronze est réservé aux jeunes; il n'en est rien et tous les âges veulent participer à la cure solaire intensive et totale; la technique du bain de soleil tel qu'il se pratique dans ces conditions est d'ailleurs des plus simples et consiste uniquement à s'exposer aussi nu que possible et aussi longtemps que la peau peut le supporter, à la chaleur et à la lumière solaire. Lorsque le patient garde un petit maillot recouvrant le thorax jusqu'aux seins et couvrant quelques points du dos le danger des accidents est déjà moindre, car les rayons sont facilement arrêtés par cet écran qui empêche une pénétration trop directe dans les régions où les viscères, sont les plus sensibles. Le petit caleçon, qui se porte le plus souvent, parfois réduit à un cache-sexe, expose au contraire complètement et brusquement aux rayons solaires toute l'étendue du corps, sans que le sujet ait été préparé à cette brusque inondation de chaleur et de lumière. Nous avons pu réunir dix observations de troubles digestifs ou de troubles hépatiques consécutifs à des cures solaires mal dirigées. Trois ont été prises en 1931, sept en 1932, dont 6 chez des malades au retour de la Riviera et une à Vichy au cours de, l'été dernier. L'année 1932 ayant été particulièrement chaude, au mois d'août, a été plus riche en accidents.

Nous donnons ci-dessous un résumé de cinq observations typiques dues à la plume de M. A. Mathieu de Fossey, médecin traitant à Vichy.

### Observation I

Jacques B..., 35 ans, vient à Vichy, le 2 août pour faire une cure se plaignant de troubles dyspeptiques secondaires à une cholecystite qui s'est manifestée pour la première fois, par une crise douloureuse vésiculaire en mars 1932.

Ce malade présentait des troubles d'hyperchlorhydrie depuis deux ans, mais depuis la crise vésiculaire, il souffre de diarrhée prandiales avec nausées matinales et sensation de pesanteur gastrique après les repas. Amaigrissement de cinq kilos depuis six mois, sensation de lassitude matinale, asthénie. Cliniquement, léger point douloureux vésiculaire, avec sensibilité à la palpation au niveau du cœcum, foie de dimensions normales. Aucun autre symptôme. Tension artérielle : 13/7.

Il commence une cure très modérée le 3 août, consistant en prise d'eau de Chomel, cinquante grammes deux fois avant chaque repas, et comme traitement externe, une douche tiède, couché.

Les 5 premiers jours de la cure se passent sans aucun incident, le malade à sa seconde visite est reposé et bien que souffrant encore légèrement à la palpation profonde de la vésicule, est déjà très amélioré au point de vue digestion gastrique.

Le 8 août, dans l'après-midi, il fait avec des amis, une promenade en barque sur l'Allier, et reste de deux heures à six heures exposé au soleil sans se baigner, couvert seulement d'un petit caleçon de bain. Le soir il a perdu l'appétit, se sent un peu anxieux. Il présente après le repas trois selles prandiales très liquides. Il dort mal, mais n'a aucune sensation de brûlure de la peau, et souffre seulement d'une légère pesanteur à droite. Le lendemain reprise de la même cure solaire, dans les mêmes conditions. Au retour sensation de lassitude profonde et douleur marquée dans l'hypocondre droit, avec céphalées et nausées. A sept heures le malade vient me voir, il est congestionné, la peau du corps est très rouge, surtout au niveau de l'abdomen, car le malade, pensant qu'une cure solaire pouvait aider à son traitement, est resté couché deux heures dans une prairie exposant son abdomen au soleil. L'hypocondre droit est douloureux et je trouve un foie augmenté de deux travers de doigt,

sensible sur tout son rebord avec un point vésiculaire très douloureux même superficiellement. Toute la peau de l'abdomen est sensible au palper, et il est difficile de déterminer les zones douloureuses intestinales, mais l'estomac est clapotant, la tension artérielle est de 16 maxima, 9 minima, température 37°3.

Je fais coucher le malade avec des compresses sur la région hépatique. Diète hydrique. Je dois le revoir chez lui le lendemain matin, mais dans la nuit je suis appelé auprès de lui; il a présenté deux vomissements alimentaires abondants où on retrouve les aliments du repas de midi, et ensuite s'est déclanchée une crise vésiculaire très douloureuse qui cède à la morphine.

Les jours suivants, les symptômes douloureux hépatiques se calment progressivement, les troubles gastriques disparaissent, mais la diarrhée persiste pendant 4 jours. Le malade est très asthénique, a perdu 2 kilogs. Aux premiers essais de réalimentation, avec un régime seulement végétarien et farineux, une crise violente d'urticaire se déclenche, localisée dans la région dorsale et sur les cuisses.

Malgré les troubles colitiques, on essaie le régime lacté, avec un pansement bismuthé matinal; ce régime est toléré et en 10 jours, la congestion hépatique disparaît.

Mais dans l'impossibilité de faire une cure après un tel choc, le malade rentre à Paris, j'ai su depuis qu'il avait ensuite présenté de l'urticaire à répétition pendant un mois, au moindre essai d'alimentation carnée, les troubles intestinaux se sont amendés, mais il persista très longtemps une asthénie profonde et une douleur vésiculaire marquée à la palpation.

## Observation II

Mme D... H..., 42 ans, vient à Vichy, le 20 septembre 1931, retour de Cannes, où elle a passé 2 mois. Habite Paris, avec une vie mondaine assez agitée, de nombreux écarts de régime, mais n'a jamais présenté aucun trouble digestif sérieux, sauf une tendance dyspeptique hyperacide après les écarts de régime.

Arrivée à Cannes, le 15 juillet, a commencé une cure solaire

intensive, dès le lendemain, couverte seulement d'un léger maillot clair, le dos complètement nu, la tête abritée sous un large chapeau de paille. Dès le 18 juillet, après trois jours de bains de mer, précédés ou suivis d'une cure solaire ayant duré trois ou quatre heures, matin et soir, a présenté les troubles suivants, qui me sont décrits par son médecin traitant : vomissements douloureux, avec sensation de spasme épigastrique, brûlure solaire des deux cuisses et du dos, congestion du foie qui aurait mesuré 15 cm. dans la ligne mammaire, fièvre variant de 36° 5 à 38° 5.

Au troisième jour de cet état ictère caractérisé avec décoloration des matières et urines acajou, la maladie a duré 26 jours.

C'est après sa convalescence que la malade vient à Vichy pour une cure. Le foie est encore gros dépassant le rebord costal de deux travers de doigt et sensible à la palpation. Les urines sont rares et foncées, contenant des sels biliaires. Le teint est encore subictérique et l'asthénie est intense.

La malade a bien supporté sa cure et est partie très améliorée. J'ai pu la revoir cette année au retour de Cannes, où elle avait séjourné encore deux mois, je la trouvais brunie, en parfaite santé, elle se plaint seulement de troubles dyspeptiques à forme atonique. Cette année, elle a fait une cure solaire très prudente et très progressive, et n'a commencé à exposer aux rayons, le thorax et l'abdomen qu'au bout du dixième jour de cure. Elle n'a jamais présenté aucun trouble.

### Observation III

Henri C..., 49 ans, pléthorique de bonne santé habituelle. A passé trois semaines à Beauvallon. Dès son arrivée s'est livré à la cure solaire toute la journée, avec seulement un petit caleçon cache-sexe. Insomnie et perte d'appétit dès le premier jour, constipation.

Cet état a persisté pendant une dizaine de jours, puis le sommeil est revenu ; mais est apparu alors de l'urticaire, une diminution du débit urinaire, une céphalée presque constante. Les crises d'urticaire ne cessent pas après l'arrêt du poisson et s'accompagnent de

petites plaques d'œdème de Quinke. Au bout de quelques jours le malade renonce à son séjour et vient à Vichy, où il a fait déjà une cure il y a trois ans pour des troubles de rhumatisme goutteux.

Au lieu de trouver le malade pléthorique que j'avais connu alors, je vois un homme amaigri, donnant une impression de fatigue, très nerveux.

Cliniquement : foie congestionné, dépassant de trois travers de doigt le rebord costal non douloureux à la palpation.

Examen du sang :

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Urée .....                    | 0,55  |
| Az. résiduel .....            | 0,323 |
| Glycémie .....                | 1,25  |
| Cholestérine .....            | 2,60  |
| Acide urique globulaire.....  | 0,354 |
| Acide urique plasmatique..... | 0,170 |
| Rapport azotémique .....      | 42,3  |

Dans les urines :

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| Coefficient de Maillard .....           | 6,2 |
| Urobiline (Dosage méthode Griffin) .... | 105 |
| Nombreux cristaux d'acide urique.       |     |

Il s'agit donc d'une insuffisance hépatique marquée chez un goutteux, insuffisance latente, probablement passée à une phase aiguë, par suite d'une cure solaire excessive.

#### Observation IV

Mme V. L..., jeune femme, délicate, blonde, de peau blanche, sensibilité très marquée à toute fatigue, à tout choc moral, deux enfants avec des grossesses normales. Opérée d'appendicite à quinze ans, n'a jamais depuis présenté de troubles digestifs, seulement une tendance à la constipation. Accompagnant son mari dans le Midi a essayé de participer à la vie d'été de la Riviera et a commencé à s'exposer deux heures au soleil dans sa chambre. Dès le premier soir a présenté deux vomissements, une brûlure au premier degré

de la peau de l'abdomen, au niveau de l'hypocondre droit, et de la région épigastrique et du dos au niveau de la région lombaire surtout à droite.

Après un repos de quelques jours, nécessité par les brûlures superficielles, reprise de la cure solaire, mais chaque essai amène des vomissements ou des nausées qui fatiguent la malade et l'empêchent de participer à la vie de ses amies. Entre temps, insomnies, céphalées matinales, constipation, sensation d'amertume buccale.

Vient à Vichy en septembre, après un mois de séjour sur la Riviera; malade asthénique, maigrie de trois kg., portant encore la trace des brûlures de la première exposition au soleil.

L'examen de l'abdomen dénote une sensibilité très marquée, avec une douleur vésiculaire légère à la palpation profonde, foie petit, ptose gastrique, spasme, colique gauche, langue saburrale. Tension artérielle 10 maxima, 6 minima. Le repos, l'hydrothérapie sédative, la diathermie sur la région solaire et l'hypocondre droit, une cure d'eau modérée amènent peu à peu la cessation des symptômes digestifs, mais la malade quitte Vichy sans avoir repris de poids, et avec la même sensation d'asthénie, malgré un essai de thérapeutique phosphorée en injections intramusculaires.

### Observation V

Deux jeunes gens de 17 et 19 ans, frères appartenant à une famille d'hérédité hépatique; la mère est lithiasique biliaire, et eux-mêmes présentent le type classique de la cholémie familiale.

L'aîné est un petit insuffisant hépatique déjà soigné à plusieurs reprises pour des troubles d'anaphylaxie alimentaire, pour du subictère, une tendance à la constipation. Le second est encore indemne de manifestations bien déclarées, mais présente le même teint subictérique que son frère aîné, il a été opéré de l'appendicite à 12 ans et aurait fait en 1931, une période fébrile d'une durée de 16 jours accompagnée d'anorexie, de selles décolorées, avec une accentuation de la couleur habituelle des téguments.

Ces deux jeunes gens ont fait une cure solaire intensive, sur mer,

presque toute la journée, en bateau, sans vêtement, prenant deux ou trois bains par jour. Lorsque je les examine, le 10 septembre, ils sont absolument bronzés, presque noirs sur tout le corps, il est impossible de retrouver trace de la teinte jaune de leurs téguments sauf au niveau des conjonctives qui sont nettement subictériques. Leur histoire pathologique, au cours de leur séjour à la mer, présente des symptômes communs et des symptômes particuliers à chacun.

Comme symptômes communs, ayant commencé la cure solaire brutalement, ils n'ont éprouvé aucun malaise, seulement une inappétence assez marquée. Dans les premiers jours, une augmentation de la constipation et une langueur diurne avec insomnie nocturne. Cet état n'a commencé que vers le sixième ou le septième jour, lorsque la peau était déjà brunie, et s'est maintenu jusqu'au bout du séjour en s'accroissant dans les derniers temps.

Comme symptômes particuliers, l'aîné a présenté des crises d'urticaire violentes, mais qui ont cessé avec l'abstention du poisson. Il a maintenant une plaque d'eczéma sec de la jambe droite et une autre de la région sacrée. Le second a eu vers le 2<sup>e</sup> jour une période diarrhéique de deux ou trois jours qui après avoir été calmée par l'élixir pargorique, a été suivie d'une période de constipation avec douleur constante dans la fosse iliaque droite.

Actuellement en dehors de l'état subictérique des conjonctives signalé plus haut, on constate chez l'aîné une augmentation du volume du foie, qui dépasse le rebord costal de deux travers de doigt, avec une sensibilité marquée à la palpation, langue suburrale, constipation avec corde colique gauche, amaigrissement de deux kilogrammes.

Chez le second une typhlo-cholecystite marquée, point douloureux vésiculaire avec foie de dimension normale et douleur à la palpation de la fosse iliaque droite où on trouve un cæcum gargouillant, une sensibilité accusée sur tout le trajet du côlon droit, langue suburrale, asthénie. Amaigrissement de 3 kg. en un mois.

Les cinq autres observations dont nous ne donnerons pas le

détail ici, car elles sont du même ordre que les précédentes, se rapportent à :

1 ictère survenu dans les 8 premiers jours de la cure solaire.

2 typhlo-cholecystites, l'une aiguë et immédiate, l'autre tardive et lente.

1 récurrence d'urticaire et d'œdème de Quincke avec colite.

1 reprise de cholecystite chez une lithiasique biliaire ancienne.

En résumé les 10 observations que nous rapportons sont :

2 ictères.

3 typhlo-cholécystites.

2 urticaires avec œdème de Quincke, dont l'un avec algies articulaires.

2 reprises de cholecystite chez des lithiasiques biliaires.

1 colite.

Il n'y a pas hélas, que sur les plages que se pratiquent ces expositions au soleil, à la montagne on se met maintenant à pratiquer les sports d'hiver, le torse nu, au soleil, dont la réverbération sur la neige, va multiplier les radiations.

En voici une observation typique :

Plusieurs jeunes gens, prenaient des leçons de ski, le torse nu, au soleil sur la neige, un homme plus âgé, de cinquante ans environ, voulut les imiter, et bien que très habitué aux sports d'hiver et en particulier au ski, fut loin de tirer de cette cure le bénéfice qu'il escomptait. Dès le premier soir, il présentait une céphalée occipitale intense (bien qu'ayant gardé la tête couverte) des nausées et une inappétence absolue. Ayant renouvelé la cure le lendemain pendant deux heures le matin et une heure l'après-midi, il était pris d'une lassitude intense, avec élévation de la température à 38° 2, céphalée frontale et occipitale, vertiges et quelques heures plus tard, vomissements alimentaires, puis bilieux. Ce cri d'alarme suffit à arrêter le début de cette cure solaire intempestive, mais les jours suivants on voyait se développer un subictère généralisé, en

même temps que s'installait de l'inappétence, des crises de diarrhée et de constipation, de l'insomnie. Ce quinquagénaire quittait la station pyrénéenne amaigri, fatigué, ayant fait disparaître par cette cure solaire maladroite, le bienfait de son séjour.

Au point de vue clinique il serait difficile de classer ces troubles hépato-digestifs, et de faire une démarcation nette entre tous les cas : les symptômes s'enchevêtrent, pour aboutir à des manifestations pathologiques, parfois semblables, parfois différentes; c'est ainsi qu'un ictère a débuté par des symptômes de colite, tandis qu'un autre est survenu d'emblée.

Cependant dans tous les cas, il y a une tendance marquée à « l'urticaire », signature de phénomènes anaphylactiques avec point d'appel à la peau, traduisant peut-être un état d'insuffisance hépatique prédisposant à ces phénomènes d'irritation cutanée, et ceci est à noter car nous y reviendrons plus loin.

Mais ce qui importe c'est de remarquer que la constatation des troubles hépato-digestifs peut se produire de deux façons :

1<sup>o</sup> Au début de la cure solaire mal dirigée, pendant la période congestive, alors que les rayons du soleil pénètrent facilement l'organisme non encore défendu par la pigmentation de l'épiderme.

Quelles sont les réactions viscérales consécutives à cette irradiation intense et trop soudaine ? Elles sont probablement d'ordre congestif chez des malades dont l'insuffisance hépato-digestive empêche de faire les frais de cette congestion. Glenard et Vinchon, dans leur intéressant travail sur les réactions vaso-motrices du foie citent deux cas de congestion hépatique à la suite d'application de rayons ultra-violets. Ils attribuent cette réaction à des phénomènes de vaso-dilatation consécutifs à une irritabilité générale vaso-sympathique, mais il est probable que dans l'ensemble des troubles associés, d'autres facteurs encore entrent en jeu.

2<sup>o</sup> Plus difficiles encore à expliquer sont les troubles tardifs

s'installant lentement. Il semble qu'il faille voir là l'application d'un phénomène qui appartient à la vie des insuffisants hépatiques et que Noël Fiessinger a appelé « la mise en charge ». Ce n'est qu'après un temps de plusieurs jours, parfois plusieurs semaines, qu'un malade du foie accuse des symptômes dont l'origine est déjà lointaine. Il faut remarquer d'ailleurs que chez ces malades le système nerveux végétatif reste sensibilisé longtemps comme si un choc constant venait renouveler l'atteinte toxique, et pour employer encore une expression du même auteur « l'organisme sensibilisé réagit non au contact toxique mais au maintien du contact ».

D'ailleurs, tous les hépatologues ont signalé ce retard des réactions symptomatiques, « et si l'on recherchait soigneusement parmi les sujets qui se livrent à ce dévergondage solaire », on trouverait quantité d'amaigris, d'asthéniques, d'anorexiques, de constipés, de céphalalgiques à types migraineux. Terrains tout à fait spéciaux, d'une sensibilité toute spéciale.

Une autre explication pathogénique de ces troubles tardifs a été donnée par J.-A. Smith, dans son travail sur le métabolisme du soufre dans la pellagre (*Archives of international medicine*, novembre 1931). Il a remarqué que cette maladie en dehors des faits d'avitaminose connus, se développait particulièrement chez des individus dont le métabolisme soufré était anormal, mais avec prédominance chez ceux exposés à des radiations solaires intensives.

Etendant ses recherches aux sujets normaux, soumis à l'influence des rayons solaires, il a constaté que ceux qui présentaient des accidents avaient un déficit en cystine. Cette constatation est intéressante au point de vue pathogénique, car les tampons soufrés cystine-cystéine et le glutathion dont le foie est un des réservoirs peuvent fort bien là comme dans beaucoup d'autres cas, jouer un rôle protecteur, mais aussi au point de vue thérapeutique, car on pourrait trouver dans l'emploi d'une médication soufrée, les hyposul-

fites par exemple, soit en injection soit par voie buccale, un traitement, sinon préventif, tout au moins curatif.

### *Troubles cutanés*

Les divers troubles cutanés, qui ont pu être causés par une exposition intensive au soleil : eczéma solaire, hydroa vésiculeux, erythèmes polymorphes, psoriasis avec localisations aux parties hâlées de la peau ont été fort bien décrits, et nous n'y insisterons pas, nous contentant de renvoyer à notre bibliographie.

Nous insisterons seulement sur deux lésions cutanées, assez curieuses, qui ont été décrites rarement.

L'une est due à une exposition inconsidérée au soleil dans les prés : c'est la dermatite bulbeuse des prés.

Les bains de soleil pris dans les prés peuvent déterminer, au contact de certaines herbes, des éruptions bulleuses qui laissent après elles des pigmentations persistant pendant de longs mois.

Cette affection devient donc de plus en plus fréquente depuis que la mode exige qu'en été on se fasse brunir par le soleil et que les sportifs ont pris l'habitude de se coucher en plein soleil dans les prés, en costume des plus sommaires.

La dermatite bulleuse des prés a été décrite en 1926 par Oppenheim de Vienne ; cet auteur a fait dans les *Annales de Dermatologie* de janvier 1932, une description détaillée de cette maladie, et y exprime son étonnement que les dermatologues français semblent l'ignorer.

La dermatite des prés est certainement moins fréquente dans nos pays que dans l'Europe Centrale, les bains de soleil se prenant chez nous plutôt sur le sable et au bord de la mer ; mais depuis quelques années la brusque éclosion des plages dites artificielles, choisies plus ou moins judicieusement, le long des rivières, parfois au milieu d'un champ sur lequel chacun après son bain, comme bien se doit, vient s'exposer, nous fait signaler cette lésion qui n'est pas diagnostiquée, ou

qui passe inaperçue, les malades n'allant pas consulter un médecin : en voici une observation :

B... Frédéric, âgé de 37 ans, est venu à la polyclinique dermatologique le 2 août 1932, pour une éruption des deux flancs, très prurigineuse. Cet homme nous raconte qu'il y a 2 jours (le 31 juillet), il avait pris un bain de rivière, et qu'il s'était séché ensuite en se couchant dans l'herbe. Nous le faisons préciser dans quelle attitude il s'est séché et il nous dit s'être appuyé alternativement sur chacun des deux coudes, et s'être couché sur les flancs, ce qui explique parfaitement la topographie de ces lésions. En effet il présente des deux côtés dans la région des reins sur une surface erythémateuse de la grandeur d'une paume de main, une série de stries disposées parallèlement et s'entrecroisant par place pour dessiner une lésion à contour assez arrêté. Sur ces stries on voit juxtaposées et disséminées des bulles de dimension allant de celles d'une tête d'épingle à celle d'une petite noisette. Ces bulles sont remplies d'un liquide jaune clair. Au premier abord, on pouvait croire à une affection bulleuse dans le plan d'une maladie de Duhring-Brocq, mais la soudaineté de l'apparition, elle-même précédée d'un bain de soleil dans l'herbe, enfin les stries caractéristiques rappelant le frôlement ou l'attouchement de brins d'herbe ou de feuilles ou de verdure, nous ont affirmé le diagnostic de dermatite des près. De plus le malade présentait une rougeur et quelques bulles au niveau des deux coudes, ce qui s'explique fort bien par le fait qu'il s'est appuyé sur ses coudes; en somme il présente des lésions caractéristiques aux endroits qui étaient en contact avec la verdure.

L'affection a guéri spontanément en quelques jours; aussi n'avons plus revu le malade qui nous avait promis de se faire hospitaliser, car le prurit qui avait été intense au début, lorsque nous vîmes le malade, a très vite disparu. Sur une convocation spéciale, le malade est revenu le 9 novembre, les lésions ont évidemment complètement guéri, mais aux endroits qui avaient été touchés il persiste encore un érythème très légèrement pigmenté, comme c'est le cas dans cette affection.

Stéphane Boule très récemment, a étudié cette affection qui est facilement mise en évidence par l'histoire presque toujours identique du malade et l'aspect de l'éruption, surtout quand celle-ci représente un décalque de la plante en cause.

Trois facteurs sont nécessaires : l'humidité de la peau, l'exposition au soleil, le contact avec les végétaux.

L'humidité de la peau est l'élément indispensable réalisé par le bain de rivière ou plus rarement le bain de mer à condition, semble-t-il, que après ce dernier, l'exposition sur l'herbe puisse se faire comme après le bain de rivière. Quelquefois aussi l'humidité est due à la sueur, c'est le cas de la très belle observation que Créhange et Rosenthal présentèrent à la réunion de Nancy de la Société de Dermatologie : « Une jeune fille après une promenade par une journée chaude le long de la Moselle, s'étendit sur l'herbe en combinaison, sans bain ni aspersion d'eau mais couverte de sueur. Vingt-quatre heures après apparut l'éruption dont les auteurs constatèrent après un mois les traces les plus caractéristiques sous forme d'une pigmentation strictement limitée aux parties découvertes de la combinaison. »

Kissmeyer a également cité trois cas survenus sans bain.

Spillman et Weiss publient les observations de deux enfants qui, vingt-quatre heures après avoir fait des bouquets pendant plusieurs heures dans deux jardins différents, avaient présenté aux parties découvertes, et surtout aux mains, une dermite erythémato-vésiculeuse. Déjà les auteurs soulignaient le rôle de la sueur : « les deux enfants étaient en transpiration, la chaleur était telle que même au repos la peau était couverte de sueur ».

L'exposition au soleil. Ce deuxième élément figure dans toutes les observations connues.

Le contact avec les végétaux. Le rôle des végétaux, pour ne pas préciser davantage ne paraît pas douteux. Une phrase d'Oppenheim est contraire à cette opinion : « Je l'ai vu, bien que rarement, se produire chez des personnes qui, le

bain pris, s'étaient exposées au soleil sur un banc ». Il paraît pourtant difficile de nier le rôle constant des plantes, quand on voit dans les formes les plus typiques, l'étiologie s'inscrire en même temps que les symptômes, sous forme de dermogramme représentant la plante en cause.

Kitchevatz explique l'affection, non par une hypersensibilité aux plantes, mais par la « photosensibilisation des téguments aux rayons rouges par la chlorophylle. Celle-ci constitue en effet un photo-catalyseur pour les rayons ultraviolets : « Ainsi il y aurait une étiologie unique pour tous les cas de dermatose striée, chose qui a été cherchée jusqu'à présent et cette étiologie c'est la chlorophylle plus le soleil. La chlorophylle est la même dans toutes les plantes ainsi que la lumière solaire. »

Le sujet, les téguments mouillés de sueurs ou humides après le bain, se couche sur l'herbe, il écrase les plantes dont la chlorophylle se répand sur ses téguments en contact avec les végétaux, que le sujet se tourne pour se sécher au soleil, il expose comme une plaque photographique, ses téguments traumatisés et imprégnés de chlorophylle. La chlorophylle absorbe « les rayons rouges » qui provoquent une véritable brûlure au premier degré (érythème) ou au second degré (phlyctènes) expression clinique d'une « photodermite actino-calorique chlorophyllienne » suivant l'expression de Milan Kitchevatz.

Ces phénomènes ne se produisent naturellement que si le sujet est susceptible, prédisposé. Cette notion du terrain spéciale est reconnue par tous les auteurs : elle paraît bien évidente lorsque l'on met en regard le grand nombre des individus qui prennent des bains de rivière puis s'exposent sur l'herbe et la rareté de la maladie d'Oppenheim. Il faut faire entrer là des sensibilités individuelles semble-t-il, aussi tâcherons-nous plus loin d'agiter ce problème pathogénique.

Une autre lésion bien spéciale, consécutive à une exposition prolongée au soleil est caractérisée par une hyperchromie cutanée tout à fait caractéristique, mais là, au lieu que la sensibilité cutanée, soit obtenue par la chlorophylle des plantes jointe à l'humidité de la peau, c'est l'eau de Cologne ou les essences parfumées, dont certains avant le bain de soleil s'enduisent la peau, qu'il faut incriminer.

Il s'agit de taches brunes assez étendues de couleur foncée, rappelant celle du chocolat, dont l'aspect objectif est très particulier.

Ces taches s'observent en général au cou, sur le thorax, sur les membres supérieurs, plus rarement ailleurs. Leur nombre est variable : on peut en compter une ou plusieurs.

Leur forme est assez souvent caractéristique. Au cou et surtout à la nuque, elles dessinent des sortes de « coulées » ou de longues stalactiques ; c'est-à-dire pour schématiser, des triangles isocèles dont la base se trouverait à la bordure du cuir chevelu, le sommet du côté du thorax ; elles sont longues de 4 à 8 travers de doigts. Sur le thorax, sur les membres supérieurs, elles forment des nappes disposées sans ordre ou des bandes plus ou moins larges disposées dans les sens les plus divers.

Les bords de ces taches sont toujours nettement arrêtés. Ils sont tantôt rectilignes, tantôt irréguliers.

Ces lésions ne sont jamais squameuses, ni prurigineuses. Leur base est souple. Elles ne s'accompagnent d'aucune altération de l'état général.

Elles débutent par des taches érythémateuses, sombres, qui se pigmentent rapidement et deviennent brunes au bout de 3 ou 4 jours.

Une fois constituées, elles persistent le plus souvent assez longtemps. Si certaines ne durent que quelques semaines d'autres ne s'effacent qu'au bout de nombreux mois.

Cette curieuse dyschromie est connue de longue date. On l'appelait jadis « maladie des breloques » à cause de leur siège habituel sur les parties découvertes du cou. On avait cru

qu'elles étaient dues au contact des bijoux portés par les malades, mais cette hypothèse s'est trouvée démentie par, l'observation des faits.

C'est en 1916 que Freund (de Trieste) précisa son étiologie. Cet auteur nota que l'affection survient chez des personnes qui se sont lotionné la tête ou frictionné le corps avec de l'eau de Cologne, et qui se sont exposées ensuite aux rayons du soleil, après ousans avoir pris de bain de mer, après ousans avoir transpiré. Elle lui a donc paru causée à la fois par le contact de la peau avec l'eau de Cologne, celle-ci s'écoulant sur la nuque après les lotions capillaires ou étant appliquée directement en frictions sur le thorax ou les membres, et par les rayons solaires.

Cette étiologie fut reconnue exacte par les nombreux auteurs qui ont vu ensuite des cas pareils. Elle s'accorde avec la constatation que l'affection ne s'observe que pendant la belle saison et surtout chez les femmes. Le fait que cette complication des bains de soleil est rare, prouve qu'il existe chez les sujets qui en sont atteints, un état d'hypermotilité vis-à-vis de la lumière. Cette hypermotilité qui dans les cas auxquels nous avons fait allusion ci-dessus, semble bien due à l'eau de Cologne et est sélective. Elle n'agit que sur le métabolisme pigmentaire, mais ne provoque pas de réaction eczématisée.

On a recherché quels sont les corps qui, dans l'eau de Cologne, sont capables de provoquer ce trouble pigmentaire. On incrimine surtout l'essence de bergamote et la linalyle qu'elle contient. On a accusé aussi l'essence de citron. D'autres ont retenu le rôle de l'alcool. Certains pensent que l'action mécanique de la friction suffit, ce qui semble inexact à cause des pigmentations en coulées de la nuque à la suite de lotions du cuir chevelu.

Mais remarquons que l'eau de Cologne n'est pas le seul parfum capable de brunir la peau. Certains autres, et des meilleures marques peuvent avoir la même action; tel le cas de deux frères âgés de 14 et 16 ans qui ayant pris aux vacances de Pâques des bains de soleil sur la plage de Cannes après

s'être lotionné le corps avec un des parfums les plus appréciés, eurent le cou et le thorax bariolés de taches pigmentées qui alertèrent vivement la famille de ces jeunes gens.

L'incertitude où nous nous trouvons quant à la nature du corps noscif provient de ce fait curieux, c'est que chez ces sujets la dyschromie ne peut être reproduite expérimentalement, en se plaçant même dans les conditions physiques où elle est survenue.

En frictionnant la peau de ces malades avec de l'eau de Cologne ou l'un de ses composants et en l'exposant ensuite aux rayons solaires on ne peut souvent pas provoquer la moindre pigmentation.

Cet échec s'explique dans les cas où, dans ces recherches expérimentales, on a exposé la peau, non pas aux rayons solaires, mais aux rayons ultra-violets.

M. Giraudeau et Acquaviva ont en effet montré que, loin de sensibiliser la peau vis-à-vis de ces rayons, l'essence de bergamote la protège à la façon d'un écran. Ce sont les rayons visibles du spectre depuis le violet jusqu'au jaune qu'elle rend pathogènes.

Mais même sous l'action de ces radiations ou du soleil lui-même, la peau des malades est souvent incapable de se pigmenter le jour où l'on veut reproduire la dyschromie.

Cette constatation laisse penser qu'il se trouve dans l'organisme de ces sujets, un facteur de sensibilisation qui n'existe que pendant certaines périodes. Mais la nature de ce facteur interne nous est totalement inconnue aujourd'hui. On peut supposer qu'il est de nature alimentaire ou médicamenteuse, toutes les hypothèses sont permises.

La dyschromie que nous venons d'étudier, si elle n'a aucune gravité peut être au point de vue esthétique, un véritable désastre. Non seulement elle est très apparente et disgracieuse, mais elle peut durer très longtemps; aussi avons-nous cru bon de ne pas l'omettre, parmi les lésions provoquées par le soleil.

### *Troubles oculaires.*

Au point de vue oculaire, plusieurs cas de lésions conjonctivales et cornéennes peuvent apparaître au cours de bains de soleil au bord de la mer, irrégulièrement faits ou trop prolongés.

Il faut cependant dire qu'en général les accidents oculaires de l'héliothérapie sont légers; ils guérissent assez vite et souvent le patient ne vient pas se faire examiner, on ne voit que les cas très douloureux et un peu graves. Si on interroge les malades, on constate en général que l'intensité du rayonnement solaire et la longueur de l'exposition aux radiations ont une action directe sur les lésions oculaires.

Si cette étiologie est indispensable, il faut encore tenir compte de la prédisposition du sujet. Les yeux bleus, dont l'iris est peu teinté, et la rétine peu pigmentée sont tout particulièrement prédisposés aux accidents d'irritation.

D'autre part, les personnes qui ont les yeux saillants, peu garantis par les paupières et les cils, en particulier les myopes, sont aussi prédisposées aux complications oculaires.

Enfin, certaines affections oculaires préexistantes, donnent des yeux tout spécialement sensibles aux radiations solaires.

Les trachomateux avec pannus; les enfants ayant de la conjonctivite folliculaire, tous les malades atteints de blépharo-conjonctivite.

Quelles sont les radiations solaires qui sont nocives?

Les radiations ultra-violettes donnent le plus d'accident, mais généralement peu graves; ils sont peu pénétrants et agissent surtout sur la conjonctive et la cornée. Ils ne dépassent pas le cristallin qui ne se laisse que peu traverser.

Parmi les rayons visibles qui peuvent légèrement congestionner la rétine il faut surtout craindre les rouges.

Les rayons ultra-rouges de 8.000 à 15.000 angstrom, sont très peu pénétrants, et causent des dégâts au niveau du cristallin, en pouvant également donner des congestions du corps ciliaire et des lésions rétinienne de la chorioretinite.

Ces complications sont heureusement exceptionnelles au cours de la cure solaire.

Quelles sont les lésions que l'on rencontre, le plus fréquemment, au cours de l'héliothérapie ?

Cinq à huit heures après l'exposition au soleil apparaissent les premiers symptômes

La conjonctive réagit violemment, cependant elle est résistante aux radiations. On constate une forte réaction conjonctivale avec larmolement. La cornée, elle, n'est pas résistante, et c'est à son niveau que l'on trouve les altérations les plus marquées.

On peut même dire, que dans l'ophtalmie électrique, les soi-disant conjonctivites des artistes de cinéma, l'ophtalmie des neiges, c'est la cornée qui est atteinte. L'épithélium de la cornée est très fragile et sous l'influence des radiations solaires, cet épithélium se desquame; les nerfs de la cornée sont mis à nu, et il en résulte des douleurs très vives, du spasme des paupières, du larmolement et parfois même une diminution de l'acuité visuelle.

En somme, le patient se plaint de douleurs, de photophobie, et ces troubles fonctionnels sont très intenses; et cependant l'examen à l'éclairage oblique montre que la cornée a conservé toute sa transparence, il n'y a pas de tache blanche; il ne paraît pas y avoir d'ulcère. C'est ce qui explique que ces lésions cornéennes sont restées longtemps méconnues.

Pour mettre en évidence cette ulcération de la cornée, très superficielle mais souvent très étendue, il y a deux moyens très simples, la coloration vitale, et l'étude des reflets de la cornée.

La coloration vitale est très facile et très probante : l'instillation d'un colorant, stérile bien entendu (fluoresceïne à 2/100 du bleu de méthylène à 1/300) colore d'une façon nette toutes les parties de la cornée dont l'épithélium est ulcéré.

Après instillation, puis petit lavage, on voit une zone plus ou moins étendue de la cornée, qui est colorée en vert jaune ou en bleu suivant le liquide employé.

L'étude des reflets, est un peu plus délicate : le malade étant placé en face et à deux ou trois mètres d'une fenêtre, on examine le reflet qui se produit sur la cornée. Au lieu de l'image nette, dont les lignes droites sont incurvées régulièrement par la sphéricité de la face antérieure de la cornée qui forme miroir, le reflet apparaît trouble, déformé par les irrégularités de l'épithélium cornéen.

En dehors de cette desquamation épithéliale, M. S. Toulant, d'Alger, a décrit des lésions interstitielles de la cornée visibles seulement au microscope cornéen et à la lampe à fente, et les a même étudiées histologiquement, nous renvoyons pour cela à notre bibliographie. Ces lésions cornéennes sont les plus fréquentes, elles apparaissent comme l'érythème cutané; après une incubation variable de 6 à 18 heures. Correctement traitées, elles guérissent vite et sans laisser de cicatrices fâcheuses. Mais quand elles sont négligées, elles peuvent causer des ulcères graves comme on en voit notamment dans l'ophtalmie des neiges.

A côté des lésions cornéennes, qui sont les plus fréquentes, on a constaté beaucoup plus rarement des lésions cristalliniennes et rétiniennes.

Le cristallin absorbe les radiations ultra-violettes. Ces radiations ne produisent pas de lésions au niveau du cristallin.

Les rayons infra-rouges sont plus dangereux, et beaucoup d'auteurs les ont accusé de provoquer la cataracte (type cataracte des verriers), nous n'avons connaissance, nous devons l'avouer, d'aucun exemple de cataracte provoquée par les radiations solaires.

Pour la rétine, il n'en est pas de même.

Les radiations visibles et les infra-rouges la congestionnent et peuvent même provoquer des hémorragies rétiniennes; mais il faut une exposition directe aux rayons solaires, qui est fort pénible, et que le malade sait éviter.

Enfin on observe après une exposition prolongée au soleil des troubles visuels *sine materia*. Troubles purement fonctionnels, mais parfois assez intenses : gêne à la lumière,

larmolement, clignements, diminution légère de la vision et surtout de la résistance de l'œil à la fatigue visuelle. Il semble que ces troubles soient dus à une congestion du corps ciliaire.

## 2. **Electricité**

### *(Accidents de l'ondulation permanente.)*

Nous entrons ici dans un terrain complètement inexploré jusqu'ici. Nous avons cherché dans la littérature des cas analogues à celui que nous allons relater plus bas et ce n'est que tout dernièrement que nous avons eu l'occasion d'avoir connaissance, de ceux qui se seraient produits en Espagne. Malheureusement, il nous a été impossible d'avoir la description détaillée des cas. Voici le compte rendu d'un rapport présenté en 1930 à la Société espagnole d'Hygiène.

« La Société espagnole d'Hygiène, dans ses dernières réunions, s'est occupée de l'importante question du maquillage et de l'ondulation permanente du point de vue hygiénique. A propos de la coiffure féminine on cita des cas de congestions cérébrales produites par les appareils employés pour obtenir l'ondulation permanente, qui élève considérablement la température de la tête.

Le Dr Yage estime qu'il est utile d'attirer l'attention des femmes sur ce danger, qui par malheur, est très généralisé.

Mme Peguero cite à son tour le cas d'une dame qui mourut des suites de troubles cérébraux consécutifs à une ondulation permanente.

Le Dr Mariscal cite un cas d'insomnie survenue à la suite d'une ondulation de la chevelure et exposa différents cas dans lesquels l'électricité peut avoir de l'influence en dehors de la température.

Enfin, voici une observation prise en 1924 à l'Hôpital de Jassy que nous avons retrouvée dans la littérature médicale.

En septembre 1924, on nous amène à l'hôpital de Jassy, Mlle L..., âgée de 18 ans, employée de bureau qui se plaint depuis quelques

jours de fatigue, céphalée frontale violente, et de vomissements. Quand nous l'examinons le jour de son entrée, elle est pâle, apathique, et se plaint de quelques douleurs articulaires vagues aux genoux et au coude droit. Rien de visible aux autres articulations et la douleur provoquée est minime. La température est très légèrement élevée 38° 4 le soir; 38° le matin.

Urines claires, assez abondantes, pas d'albumine, ni sucre.

L'auscultation pulmonaire et cardiaque ne révèle rien d'anormal.

Le foie et la rate sont normaux, pas de ganglions engorgés.

L'examen de la bouche montre une langue blanche, pas d'angine.

Il ne nous semble pas à ce moment qu'il s'agisse d'un cas grave nous faisons le diagnostic de grippe saisonnière, nous gardons la malade au lit, à un régime léger et nous lui donnons 3 grammes de salicylate de soude par jour, en cas d'une attaque franche de rhumatisme articulaire aigu. Nous rassurons la famille en disant que tout s'arrangerait dans quelques jours.

Le lendemain à la place de l'amélioration sur laquelle nous comptions, le tableau clinique change complètement. Dans la nuit une crise convulsive éclate, violente, généralisée, laissant la malade dans un demi-coma dans lequel nous la retrouvons le matin. La température est montée à 39°2. Le facies de la jeune malade est vultueux, sa langue chargée.

Un examen neurologique montre des réflexes un peu vifs, et chose importante un signe de Kernig. Pas de raideur, à ce moment-là, pas de signes oculaires, mais il est facile de mettre en évidence une instabilité vaso-motrice par le dermatographisme. Il nous semble incontestable d'être devant une réaction méningée, peut-être une méningite.

Nous revoyons la famille, mais dans les antécédents rien ne permet d'orienter le diagnostic. Pas de traces de tuberculose ni de syphilis apparente.

Nous pratiquons le même jour une ponction lombaire. Celle-ci permet de retirer un liquide clair, fortement tendu, 32 mm. à l'appareil de Claude, les recherches de laboratoire montrent une forte lymphocytose, 80 éléments par champ, assez peu d'albumine ;

0,25 et aucun microbe. La réaction de Wasserman y était négative.

Devant ces faits, l'interprétation la plus plausible était-elle d'une méningite  $\pi$ , malgré l'absence d'antécédents et de B.-K. dans le liquide C. R., nous nous sommes arrêtés à cette hypothèse que l'issue fatale, survenue 4 jours après, semblait confirmer. L'autopsie n'a pu être pratiquée, mais 2 jours après le décès nous avons reçu de la mère de la victime une confidence à laquelle tout d'abord nous n'avons attribué aucune importance. Cette femme venait nous raconter que sa fille, la veille d'éprouver les premiers troubles, s'était fait une ondulation permanente. Elle n'en a pas parlé jusqu'ici car cette ondulation était faite à l'insu du père de la petite malade et parce que ce fait ne lui a pas semblé en rapport avec la maladie. Quand à nous nous en étions de même et pendant plusieurs années nous n'avons plus repensé à cette observation, croyant à une coïncidence. C'est à la lecture du compte rendu des rapports présentés en Espagne que cette observation nous est revenue à l'esprit et que nous avons jugé intéressant de la publier.

Il y a pensons-nous des circonstances très particulières dans le déterminisme de ces accidents, que ceux-ci soient déterminés par un procédé défectueux, ou bien que les accidents soient dus à une prédisposition des sujets.

Il nous est impossible de juger sur ces points de l'étiologie de ces troubles. Il n'en reste pas moins vrai que ces accidents existent et que l'attention des hygiénistes doit être attirée sur eux. Ce n'est pas à nous d'en montrer les remèdes, il nous a semblé simplement intéressant de signaler les dangers de certains procédés déterminant des accidents, qui, comme le dit M. Kligg : « Bien qu'assez peu fréquents sont néanmoins utiles à connaître, pour les praticiens et parce que en outre, les accidents déterminés chez certains sujets à la faveur d'une idiosyncrasie particulière, posent au point de vue juridique des problèmes fort délicats auxquels à notre connaissance aucune solution n'a été fournie par la jurisprudence,

## CHAPITRE II

### IRRITANTS CHIMIQUES

#### **Cosmétiques divers ; les troubles qu'ils provoquent.**

L'usage des cosmétiques est, nous l'avons dit plus haut, aussi vieux que la civilisation elle-même. La conservation de la jeunesse et la dissimulation de la vieillesse ont toujours été des instincts qui hantèrent les humains et en dépit de certaines critiques, émanant d'autorités médicales et religieuses, cette pratique s'est tellement accrue qu'elle est maintenant d'un universel usage, et qu'une assez grande partie de l'industrie chimique ne subsiste que par elle.

Or ces produits de beauté, dont le public s'engoue, sont presque tous toxiques ; soit par eux-mêmes, soit par les réactions qu'ils vont provoquer chez quelques individus prédisposés. Fards, rouges pour les lèvres, sont responsables de bien des désastres cutanés ; éruptions du visage se caractérisant dans les formes légères par des rougeurs, de la sécheresse, des desquamations, et dans les formes graves par des tuméfactions de la face, des phénomènes eczémateux, de la suppuration avec croûtes ulcératives ; accidents qui s'accompagnent de démangeaisons, de fièvre pouvant durer des semaines. Enfin tous ces produits sont susceptibles de donner lieu à de nombreux cas d'empoisonnement aigus ou chroniques, avec accidents urémiques et albuminurie.

Les fards et les rouges à lèvre présentent une nocivité assez grande. Les fards existent dans le commerce de la parfumerie sous plusieurs aspects physiques différents : fards liquides, fards mous, fards en poudre, fards en bâton, fards en crépon, etc., un assez grand nombre de ces cosmétiques adhérents

sont encore à base de bismuth, de plomb, de zinc plus ou moins purs, de mercure, etc. Tout dernièrement un rouge pour lèvres d'origine étrangère, a failli passer dans la circulation et il n'était ni plus ni moins, qu'à base de céruse.

Nous devons convenir que de grandes maisons de parfumerie française ne se servent pas de métaux toxiques, qu'elles ont remplacé par des poudres inertes, talc, kaolin, carbonate de magnésie, mais que de produits irritants, ne serait-ce que pour les parfumer y sont mêlés? Nous n'avons certes pas l'intention de faire une étude toxicologique de ces divers produits, qui déborderait le cadre de ce travail. nous pensons seulement qu'une liste établissant parallèlement les irritants cutanés connus et ceux isolés de tous les fards, produits de beauté et autres cosmétiques, serait des plus intéressantes à établir, et nous nous bornerons à l'énumération d'observations que nous pensons intéressantes et que nous tâcherons plus loin d'interpréter.

Nous venons d'apprendre qu'une mode venant d'Amérique veut que les femmes se fassent tatouer les lèvres en rouge, la question n'en est pas simplifiée, des accidents sérieux, avec lymphangite, résultant de cette bizarre pratique viennent d'être signalés.

*Deux cas de Chéilite du rouge*, par M. Paul Vigne et Boyer (*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*), p. 353 (Séance du 28 janvier 1932).

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le courant de l'année dernière deux cas d'inflammation des lèvres provoquée par des applications d'un fard rouge en bâton.

### Observation V

Mme T..., âgée de 28 ans, en bonne santé apparente n'a jamais présenté d'eczéma, ni de lésions cutanées quelconques. Elle se sert depuis longtemps pour les lèvres d'un rouge de même marque et

elle n'avait point cependant observé d'irritation des lèvres. Sans cause apparente, semble-t-il est survenu depuis une dizaine de jours sur cette région, des lésions nettement inflammatoires.

A l'examen on trouve des lèvres tendues, un peu œdématisées, sur la demi-muqueuse de chaque lèvre n'empiétant ni sur la peau, si sur la muqueuse de la bouche, on note un placard rouge vif recouvert de petites squames blanchâtres adhérentes, avec une bordure épidermique sèche un peu surélevée, reliquat de soulèvements bulleux. Il y a deux petites ragades très douloureuses sur la lèvre inférieure, où se voient particulièrement de toutes petites vésicules suintant légèrement.

Après suppression des applications de rouge, et traitement avec du liniment oléo-calcaire et des pommades légères à l'ichtyol, la guérison est obtenue en un mois.

#### Observation VI

Mme B..., âgée de 22 ans, en bonne santé, n'a jamais rien observé après l'application de rouge sur les lèvres, mais depuis 5 ou 6 jours elle se sert d'un bâton de rouge réclame trouvé dans une pochette-surprise au cinéma. Les lèvres sont grosses, douloureuses, rouge vif, on note de petits soulèvements phlycténulaires de la taille d'une tête d'épingle en verre, ainsi que des vésicules, la plupart suintantes.

L'aspect général particulièrement celui de la lèvre inférieure, donne l'impression d'une brûlure. En bordure la sérosité citrine s'est concrétée en croûtes minces et jaunâtres. La malade souffre beaucoup quand elle ouvre la bouche. Après un traitement par des pansements humides isotoniques, puis des crèmes, la guérison est obtenue en quelques semaines.

L'analyse chimique a montré que les bâtons de rouge incriminés contiennent de la paraffine, de la cire et des colorants.

Le bâton qui a servi à la malade de l'observation n° I contient deux colorants différents. Le premier est une matière

rouge dont les solutions aqueuses et alcooliques présentent une teinte rouge fluorescente. Elles teignent la laine et la soie en rose franc avec un dischroïsme jaune; c'est donc une matière colorante dérivée de la fluorescéine (groupe des éosines).

Le deuxième colorant, plus abondant est une poudre rouge ponceau très peu soluble dans l'eau. La solution sulfurique de ce corps est rouge cerise; étendue d'eau, elle teint à chaud le coton en rouge vif. Par ces réactions chimiques, ce colorant paraît appartenir à un groupe d'azoïques sulfonés. La présence de cette substance insoluble dans l'excipient du crayon lui donne son opacité et lui permet de « couvrir ».

Le bâton qui a servi à la malade de l'observation II est coloré exclusivement par une matière rouge qui est une éosine; sa solution aqueuse est fluorescente, elle teint la laine et la soie en rose avec un dischroïsme jaune. L'acide sulfurique concentré le fait virer au jaune et dégage du brome. La recherche dans les deux bâtons de l'acide salicylique libre ou combiné à une base éthérifiée a été négative.

Voici donc deux observations de chéilite du rouge dans leur ensemble, très comparables à celles déjà rapportées en 1928 par MM. Aubry et Valdiguier.

L'analyse que ces auteurs avaient pu faire d'un des bâtons de fard avait montré également comme colorant, de l'éosine. Mais les colorants dérivés de la fluoresceine sont considérés comme habituellement, non toxiques et non caustiques.

Aussi les auteurs s'étaient-ils demandé si la quantité dérisoire contenue dans le fard n'avait pas préparé le rôle de sensibilisateur aux rayons U.-V. contenus dans le rayonnement solaire. Ils comparaient ces lésions au « coup de soleil acridinique ».

Leur hypothèse est ingénieuse et paraît assez vraisemblable. En tous cas dans les deux observations que nous rapportons, nous notons la présence d'éosine dans les deux bâtons de fard, et de plus celui qui contient le plus d'éosine est justement celui qui a été utilisé par la malade n° 2, chez laquelle nous avons observé les lésions manifestement les plus accentuées,

Gougerot, *Eczéma anaphylactique par un fard à base de brun Soudan et d'un sel de cobalt* (*Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie*), p. 1274, décembre 1930.

Une malade de 40 ans, se sert depuis un an environ d'un fard pour les cils et les sourcils que l'analyse de M. Ch. Desprez montre contenant un colorant organique onyazoïque, du genre du brun Soudan ( $C^{10} O^7 - N = N - C^{10} H^6 OH$ ) et des traces d'un sel de cobalt. Elle s'en mettait tous les jours et le tolérait parfaitement.

Après un arrêt d'un mois en septembre, elle remet du même fard de la même bouteille à sa rentrée à Paris le 1<sup>er</sup> octobre, dès le soir même elle ressent une cuisson, et a de l'eczéma des paupières; la peau est rouge œdématisée, parsemée de vésicules fines. Elle laisse calmer l'eczéma.

Elle recommence le 15 octobre 1930 : la poussée apparaît le soir, donc 12 heures après l'application et plus forte que la première poussée du 1<sup>er</sup> octobre. Les paupières sont rouges, enflées, pouvant à peine s'ouvrir, l'œdème sous-cutané envahit le front, la racine du nez, les joues; les vésicules d'eczéma fermées ou ouvertes, suintantes, sont innombrables; l'état général est indemne, mais la cuisson locale est intense, cette poussée guérira en 12 jours.

La malade n'a pas accepté d'expérimentation, il est donc impossible de préciser le corps nocif, brun Soudan ou cobalt.

La longue tolérance, la brusque intolérance après un arrêt d'un mois, les deux poussées successives, leur rapidité d'apparition et d'augmentation, leur intensité et la plus grande intensité à la deuxième application, sont en faveur de l'origine anaphylactique. C'est donc un nouveau produit chimique à ajouter à la longue série des eczémas anaphylactiques d'origine externe.

1. *La chéilite du rouge par MM. Ch. Hadry et Valdiguié* (*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, p. 623, année 1928, séance du 12 juillet 1928).

« J'ai vu deux fois une éruption strictement limitée à la muqueuse exposée des deux lèvres sur deux jeunes femmes qui se servaient

de fard rouge. Il s'agissait de soulèvements phlycténulaires, rempli d'un liquide clair ou louche, exactement comparables à une brûlure, irréguliers plus ou moins cloisonnés, comme godronnés.

1° Dans le premier cas, l'éruption s'était produite peu de jours après un premier emploi de cette artifice de toilette (je n'ai pu faire examiner le fard utilisé).

2° Dans le second cas, il s'agissait d'une jeune femme qui s'en servait depuis longtemps sans inconvénient, mais qui avait changé un mois auparavant de produit. La première phlyctène s'était manifestée trois semaines après le changement. Depuis une semaine chaque application déterminait l'exaspération des accidents. Les deux lèvres étaient gonflées, sensibles, tendues. La peau ne présentait pas de rougeur et les phlyctènes étaient exactement circonscrites au rebord muqueux touché par le fard.

L'analyse, du reste difficile, montra que le bâton de rouge était constitué par une paraffine fondant à 47°, à laquelle étaient incorporées des matières colorantes, à l'état de sel de sodium. L'une de ces matières colorantes est de l'éosine; les autres paraissent appartenir au groupe des ponceaux. La proportion de cendres laissée par ce rouge à l'incinération était élevée à 50 % environ, dont une faible proportion insoluble dans les acides; les matières minérales ne renfermaient aucun métal toxique, nous n'avons pas de motif d'incriminer le tube qui contenait le fard.

## 2. *Sur le rôle de l'éosine dans la chéilite du rouge*, par MM. Ch. Audry et Valdiguié.

En juillet dernier (1928) nous avons signalé les chéilites consécutives à l'emploi du fard rouge des lèvres. Nous avons émis l'hypothèse que l'éosinate de sodium trouvé à l'analyse dans un crayon pathogène pouvait passer comme suspect (action photo-sensible).

Nous avons revu la jeune femme, objet de cette dernière observation; elle avait repris sans inconvénient l'usage d'un autre rouge.

L'analyse de ce dernier, ne nous y a montré aucune trace d'éosine, mais plusieurs matières colorantes dérivées de la houille (jaune et rouge) appartenant vraisemblablement au groupe des dérivés nitrés et des ponceaux. *Sans être probante cette constatation*

*corrobore notre hypothèse.* La jeune femme a présenté une violente chéilite avec un fard éosiné et supporte très bien un rouge qui ne l'est point. Nous n'avons pas pu compléter l'expérience en pratiquant des applications éosinées. Peut-être y aurait-il intérêt à contrôler ces faits; d'autant que la chéilite du rouge n'est probablement pas très rare. Je viens d'en observer un troisième cas (rougeur, gercures, squames, etc.) chez une jeune fille qui n'a éprouvé aucun ennui avec des fards autres que celui qui avait provoqué la chéilite.

(*Bulletin de la Société française de Dermat. et syphil.*, p. 923, séance du 13 décembre 1928.)

## LES TEINTURES

Les lésions occasionnées, par les fourrures, les vêtements, les cuirs teints, et même les accidents mortels, survenus du fait de leur usage sont bien connus, nous n'insisterons pas sur tous ces accidents, qui ont été maintes fois signalés, nous contentant de les citer dans notre bibliographie.

Un cas même d'érythème nouveau consécutif au port de bas de soie teints, a été signalé, l'érythème disparut dès que cette sorte de bas fut supprimée.

Mais s'il est une question qui, pensons-nous, est bien dans le cadre de notre travail, c'est la question des teintures capillaires.

La vogue croissante dont jouit la coloration artificielle des cheveux n'est pas sans provoquer un certain nombre d'incidents, voire d'accidents sérieux. Sans doute, ceux-ci ne sont-ils pas assez nombreux, pour freiner les satisfactions du snobisme et de la mode, mais nous pensons qu'il est fortement utile d'insister sur les inconvénients d'une pratique, sur les risques de laquelle le public n'est pas suffisamment éclairé, n'en déplaît à tous ceux qui en tirent profit.

Les teintures que l'on emploie de nos jours sont en nombre incalculable, et, chose notable, c'est que toutes sont signalées, au grand public, par une publicité de bon aloi, comme des teintures végétales inoffensives, bien que, en réalité, il en soit tout autre chose, vu leur composition et leurs dangers.

Etant donné ce mensonge flagrant fait au public, par des commerçants malhonnêtes, bien que notre travail ne comporte aucun côté toxicologique, nous donnerons leur composition, avant d'énumérer leurs dangers.

### *Composition des teintures capillaires.*

Les plus courantes, peuvent se séparer en quatre groupes distincts :

1<sup>o</sup> Groupe dont la base de la composition est un métal : plomb, argent, cuivre, fer, nickel, etc. Le terme final de la réaction étant un sulfure ou un oxyde métallique.

Les sulfures de fer, nickel, cobalt ne sont pas réellement toxiques. Malheureusement ces teintures ne sont pas faciles à préparer et délicates à appliquer avec soin, avant que le sulfure ne se forme, il se produit un oxysulfure qui a l'inconvénient de donner aux cheveux une teinte grise peu esthétique, raisons pour lesquelles on les emploie peu en pratique, bien que peu dangereuses.

Souvent les plus employées de ce groupe sont les teintures à base de plomb, mais la teinte résiste peu au lavage, et il est nécessaire de répéter souvent l'application, ce qui, par irritation chronique continue, prédispose à l'intoxication.

De plus, la couleur est plus brillante, d'aspect beaucoup plus agréable lorsque l'on applique après, un corps gras qui favorise l'absorption des composants, seconde cause d'intoxications qui est facilitée encore, lorsque il existe une séborrhée notable du cuir chevelu, qui rend l'absorption beaucoup plus grande.

Moins dangereuses que celles à base de plomb, sont les teintures à base de nitrate d'argent, mais elles ne sont pas exemptes de dangers et d'inconvénients, à cause de leur action caustique due à leur concentration ordinaire qui est de 5 à 10 % et tout spécialement quand la peau du front, de la nuque et du cuir chevelu, présentent des excoriations ou un léger eczéma, de plus ces teintures ne colorant pas instantanément les cheveux, les fabricants ont l'habitude de mélanger ces produits avec d'autres qui sont toxiques.

Les autres teintures à base de métal, sont plus ou moins usitées il en existe un nombre indéterminé, disons seulement que de grandes marques, dont il ne nous paraît pas utile de citer les noms, non seulement ne donnent nullement leur composition chimique, mais encore sous un titre attrayant et suggestif cherchent à dissimuler leurs propriétés éminemment toxiques, nous limitant une fois de plus à affirmer, qu'à part de rares exceptions, des teintures dénommées végétales et inoffensives, ne sont, en réalité, ni l'un ni l'autre.

2<sup>o</sup> *Teintures à bases organiques.* — Les plus utilisées sont à base de para-phenyline diamine, diamido-phénol, pyroyallol, acide pyrogallique, acidegallique. Toutescelles-cisont dangereuses bien que d'un usage très répandu à cause des teintes réellement magnifiques que l'on obtient par elles, de la rapidité de leur emploi et de la facilité de leur application. Ces teintures basées sur le principe que ces produits fortement réducteurs, donnent des noirs, des bruns en présence d'un oxydant comme l'eau oxygénée se reconnaissent facilement, en ce qu'elles se livrent en deux flacons, l'un de coloration azur, l'autre incolore.

Le flacon incolore contient de l'eau oxygénée hyperacide, qui sert à faire varier la concentration du produit contenu dans le premier flacon, permettant ainsi des nuances et des tons de couleurs distinctes, concentration que l'on fait varier suivant la nuance que l'on désire.

Le flacon azur contient un liquide noirâtre, prenons-le, filtrons-le au 1/10, ajoutons là-dessus 5 gouttes d'eau de Javel et 1 goutte d'HCl au 1/10, on obtient une coloration rouge, qui au bout de quelques minutes, passe au noir intense.

Sur ce mélange ajoutons de l'HCl pur, la coloration noire primitive disparaît et le liquide prend une coloration jaune ambre clair. Ces réactions faciles et simples sont caractéristiques et révèlent la présence d'acide gallique, base de la teinture et responsable de phénomènes pathologiques que nous envisagerons plus loin.

La paraphénylène diamine, qui comme nous le disions est employée pour les tons heureux qu'elle obtient, est en elle-même très dangereuse; avec elle, les réactions citées plus haut donnent une belle coloration émeraude, qui disparaît instantanément en ajoutant HCL en excès.

Avec l'acide pyrogallique on obtient une coloration vésuvine qui s'atténue et passe au jaune obscur.

Avec le diamidophénol on obtient un rouge framboise, très stable, qui passe au rouge vineux.

L'acide gallique porté à une température élevée se décompose en anhydride carbonique et pyrogallol. Peut-être serait-il possible que dans l'organisme, il se produise une semblable réaction, et qui soit responsable de la transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine décelées dans l'urine de certains intoxiqués par des teintures de ce type.

3° Les teintures mixtes, sont le plus fréquemment employées, la paraphénylène diamine et le diamidophénol étant leur base, elles permettent d'établir suivant de savantes combinaisons : paraphényline diamine plus oxydant, décolorant du cheveu, toutes les teintes du blond clair ou noir foncé.

Comme spécialement dangereuse dans ce groupe on doit donc signaler au premier plan la combinaison paraphénylène diamine  $H_2O_2$  qui donne sans doute des teintes rapides et fortes, mais qui renferment aussi de l'ammoniaque qui va favoriser la décomposition de l'eau oxygénée, et multiplier de ce chef la toxicité du mélange. Encore plus dangereuse est la teinture de formule :

Paraphénylène diamine et diamidophénol, dans laquelle l'eau oxygénée est remplacée par le Bichromate de K, qui suffit à lui seul à faire varier la concentration des composants et obtenir des tons de couleurs distincts.

La teinture mixte de formule :

|                                              |              |
|----------------------------------------------|--------------|
| Acide pirogallique .....                     | 20 gr.       |
| Chlorure de cuivre .....                     | 40 gr.       |
| Acide azotique .....                         | XX V gouttes |
| H <sup>2</sup> O dist.....                   | 1 litre      |
| (doit être considérée comme très dangereuse) |              |

Les argento-cupriques plus acide pyrogallique et autres de même groupe sont très dangereuses également.

Bien d'autres exemples de teinture de ce genre seraient à donner, mais ceux que nous venons de citer nous semblent assez probants, pour donner une idée de leur toxicité et des dangers qu'elles vont entraîner.

4° *D'origine végétale.* — La plus grande partie de ces teintures, nous l'avons dit est répété, n'ont rien de végétales; cependant, il en est à base de henné et d'indigo qui sont dignes de ce nom. Leur usage est limité de par les teintes peu variées qu'elles produisent, le henné employé seul, ne peut donner au cheveu qu'une couleur rousse avec reflet doré, en le mélangeant en quantités variables avec l'indigo, on obtient cependant une gamme de teintes foncées, mais à reflets roux.

Les teintures végétales sont considérées par le public comme inoffensives (c'est pourquoi dans le commerce on désigne toutes les teinteuses comme végétales) beaucoup d'auteurs considèrent les teintures à base de henné notamment comme inoffensives, aussi, nous citerons plus loin un cas d'hypersensibilisation vis-à-vis du henné.

#### *Dangers des teintures capillaires.*

Les divers procédés qui servent à modifier la coloration normale du cheveu ne présentent pas tous les mêmes inconvénients; certains ne sont pas très graves, presque anodins, mais d'autres, au contraire, sont susceptibles de déterminer des accidents qui peuvent être très sérieux.

Les plus innocents sont ceux qui relèvent des produits végétaux, et de l'eau oxygénée dont la seule nocivité est réservée aux cheveux, et aussi un peu à la peau. Il n'en est pas de même pour les teintures à base de sels métalliques et surtout de paraphénylène diamine, qui peuvent entraîner des réactions cutanées et même générales d'une réelle gravité. Si ces phénomènes sont surtout le fait de la personne soumise à la teinture, ils peuvent aussi s'observer chez ceux qui manipulent le produit.

Nous étudierons successivement, les altérations du cheveu, les accidents cutanés (chez le sujet teint et chez l'opérateur) et les phénomènes d'intoxication générale:

#### *A. Action des teintures sur les cheveux.*

Toute teinture fragilise le cheveu. Cet inconvénient paraît surtout marqué avec l'eau oxygénée, soit à la suite de décolorations très poussées, soit par répétition du procédé d'application de décoloration et de coloration utilisé par les coiffeurs.

Les cheveux deviennent secs, crépelés, prenant, dans l'ensemble, un aspect d'étaupe. En outre ils se cassent avec la plus grande facilité.

Pour Sabouraud un tiers des femmes qui se teignent depuis dix ans, ont une fois, au moins dans leur vie, en retirant leur chapeau, enlevé avec lui la moitié de leur chevelure, les cheveux cassés à toute hauteur. Duvoir signale, par ailleurs, la possibilité après l'emploi des teintures à base métallique d'une brisure brutale de tous les cheveux, près de leur racine, sous l'effet d'une application d' $H^2 O^2$ .

#### *B. Accidents cutanés chez le sujet teint.*

L'eau oxygénée par l'acide chlorhydrique qu'elle contient peut fort bien provoquer à elle seule des éruptions de la peau, à forme d'eczémas, humides, suintants.

Des phénomènes analogues peuvent se produire avec le henné et la poudre d'indigo.

Mais la dermite aiguë qui constitue la forme typique et la plus redoutable est surtout due à la paraphénylène diamine.

Quelques heures après l'application, se produisent des démangeaisons puis une cuisson de plus en plus vives. La rougeur qui marque objectivement le début du syndrome, fait rapidement place à un œdème diffus, qui va augmenter progressivement, pendant un à trois jours. Des phlyctènes se développent qui restent petites et isolées, en longues plaques, pour donner issue à une sérosité claire ou roussâtre, parfois extrêmement abondante, bientôt coagulée en croûtes, d'aspect impétigineux.

La face est principalement touchée : front, tempes, joues, paupières, oreilles sont considérablement augmentés de volume, rendant parfois le malade méconnaissable. Cependant les lésions peuvent siéger également sur le cuir chevelu et s'étendre sur le cou : même jusque sur le thorax. Le malade souffre de sensations de brûlure extrêmement pénibles, sa température, subfébrile, ne dépasse habituellement pas 38°, permettant ainsi une différenciation avec l'érysipèle.

Après avoir atteint leur acmé vers le deuxième ou le troisième jour, les phénomènes s'amendent : la bouffissure diminue, et la rougeur disparaît progressivement faisant place à une desquamation furfuracée ou non. Au bout de deux à quatre semaines tout est rentré dans l'ordre.

Dans la grande majorité des cas, ce tableau, d'apparence dramatique, est en somme bénin, devenant se produire d'ailleurs infailliblement, sous l'influence de la même cause, mais nous verrons plus loin, qu'il peut s'accompagner d'une véritable intoxication générale.

A côté de cette forme aiguë où la patiente réagit violemment à la première application de paraphénylène diamine, il existe des formes moins banales, subaigues ou même chroniques, qui ont été signalées par Brocq, soit après la para, soit après des teintures métalliques ou mixtes. Dans certains cas, c'est le même tableau clinique, atténué, avec prurit, érythème œdème et suintement modérés, à l'occasion d'un contact tinctorial qui peut ne pas être le premier.

D'autres fois, les manifestations révèlent une évolution plus lente, soit sous forme de poussées (prurit, erythème desquamatif, bouffissure, urticaire) atteignant tout ou partie de la face (surtout paupières et lisières du cuir chevelu) soit sous forme d'eczéma suintant et récidivant, du front, des régions auriculaires et même des mains; cette localisation étant sans doute due au fait que le malade, touche ses cheveux, pour se gratter ou se peigner. Gougenot a signalé un cas curieux d'eczéma du membre supérieur droit, en rapport avec le contact habituel du cuir chevelu teint. Chez l'homme qui se teint la moustache, les mêmes phénomènes peuvent s'observer autour des lèvres et des narines.

L'éruption peut enfin quoique plus rarement, se généraliser, tel le cas signalé par Valdigué et Planque, à la suite d'une teinture contenant des sels de plomb; aussi observe-t-on assez souvent avec la paraphénylène diamine, des réactions subaiguës récidivantes, ayant débuté par la face et se généralisant à tout le corps, soit sous l'aspect d'un eczéma séborrhéique, soit de type urticarien.

En raison du secret, auquel les malades souvent se soumettent par coquetterie, l'origine de ces formes lentes passe inaperçue et le diagnostic reste incomplet.

Malgré cela les dermites dues aux teintures capillaires étant presque toutes à type eczématiforme, ces eczémas, étant à type assez déterminé et apparaissent habituellement, à la limite du cuir chevelu, derrière le pavillon de l'oreille et sur la nuque, cela permet habituellement de faire assez facilement le diagnostic de l'origine de ces troubles cutanés, le malade même cherchant à vous égarer.

Enfin, toutes ces teintures et ces lotions capillaires, jouent un rôle notable de sensibilisation de tout l'organisme de l'individu, à toutes les substances contenues dans ces teintures, et peut-être même à d'autres des groupes chimiques voisins, faisant apparaître des réactions à type nettement allergique, lorsque plus tard le patient non content de se teindre les cheveux, en arrive à se teindre cils et sourcils, nous revien-

drons tout spécialement sur ce fait, lorsque nous parlerons des lésions oculaires dues aux teintures et autres soins de beauté.

*C. Accidents cutanés observés chez celui qui applique les teintures.*

Si ces dermites du patient, surtout dans leur forme aiguë sont actuellement bien précisées, il existe toute une catégorie de faits beaucoup moins connus, dont la littérature médicale ne mentionne pas la description; ce sont les dermites chroniques, qui atteignent les coiffeurs ou praticiens d'institut de beauté, manipulant de façon courante, les teintures à la paraphénylène diamine.

Ces dermites rentrent bien dans le cadre de notre travail, dans ce sens que c'est bien une rançon pathologique du snobisme et de la mode, mais le débordent un peu en celui qu'elles présentent un véritable intérêt médico-légal, véritables intoxications professionnelles qui auraient droit de cité parmi celles figurant comme accident du travail.

Sans doute sait-on d'une part, que la plupart des colorants, dérivés de l'aniline provoquent des dermites de type eczémateux, et d'autre part que les coiffeurs peuvent être atteints d'eczéma professionnel, par l'usage habituel de shampooings et de lotions diverses. Audry a, par ailleurs, dénoncé les méfaits que sont susceptibles de provoquer sur les mains des coiffeurs, des teintures soit métalliques, soit organiques, mais on a que fort peu insisté sur ces lésions.

Or, c'est après de nombreux contacts, avec la paraphénylène-diamine, au bout de plusieurs mois, ou de plusieurs années de pratique, que sur les doigts se manifestent des poussées d'abord fugaces, puis subintrantes, de prurit avec érythème, accompagné soit de desquamation, soit habituellement de vésicules dishydrosiques ou même de petites phlyctènes.

Dans l'intervalle des poussées la peau est sèche, écailleuse, présentant soit des zones exfoliacées rouges et sensibles, soit des îlots kératosiques, avec par place des écaillures ou de petites bouffissures assez douloureuses. Les sensations de

cuisson deviennent de plus en plus désagréables, finissant par interdire toute activité professionnelle.

La main gauche, est presque seule touchée, tout au moins dans les cas récents avec maximum habituel, sur les faces latérales de l'espace interdigital qui sépare le médius de l'index, et la face dorsale des dernières phalanges du médius, de l'annulaire et de l'auriculaire.

Ceci s'explique par le fait que le coiffeur tient entre l'index et le médius la mèche de cheveux à teindre, qui repose par ailleurs sur le dos des derniers doigts. A la face palmaire, on ne trouve guère d'altérations de la peau que sur le médius et l'index, qui ont le maximum de contact avec la teinture et quelquefois, sur les extrémités digitales qui peuvent aussi saisir les cheveux. Quant aux faces palmaires et dorsales de la main, elles sont, le plus souvent à peu près intactes. Sur la main droite, les lésions se réduisent à une atteinte du pouce et de l'index, sans doute due à l'ouverture du flacon dont le bouchon est imprégné du produit tinctorial.

Ces manifestations ne s'amendent que lorsque le malade cesse tout travail de ce genre; mais encore ne le font-elles qu'avec une grande lenteur, la peau présentant une irritabilité, qui interdit le plus souvent l'application de tout topique actif. Elles récidivent immédiatement et avec une grande intensité, lors d'un nouveau contact du produit incriminé.

#### *Intoxication générale due aux teintures capillaires.*

Les dermites aiguës dues aux teintures capillaires dans leur forme grave peuvent s'accompagner de phénomènes d'intoxication générale variable suivant le produit utilisé. Les symptômes les plus fréquents de l'intoxication aiguë par les teintures à base de plomb sont : la pâleur de la figure, des paralysies de quelques muscles oculaires, des coliques, des douleurs lombaires, de l'albuminurie massive s'ajoutant à de l'érythème du front et de la nuque.

Les teintures à base d'aniline présentent des phénomènes

qui ont été bien étudiés expérimentalement par Letheby : l'ingestion de petites quantités d'aniline produit des spasmes cloniques, des troubles de la respiration, de la dilatation et de la paralysie des pupilles; les mêmes effets ont été notés chez l'homme, on a observé, en plus, assez souvent une coloration violacée des lèvres, des ongles, de la conjonctive, cette coloration paraît être due à une transformation de l'aniline par oxydation, et ne semble pas uniquement attribuable à des phénomènes d'arrêt dans la circulation; on a aussi indiqué une coloration rouge violacé dans la sueur, chez des individus intoxiqués par l'aniline.

Les teintures à base de paraphénylène diamine, occasionnent des phénomènes généraux identiques à ceux que l'on constate au cours de l'intoxication par l'aniline : refroidissement, lenteur de la respiration, lenteur et faiblesse du pouls, tendance au collapsus cardiaque. L'intoxication par la paraphénylène diamine sans être donc absolument la même que celle produite par l'aniline, puisque les phénomènes cyanotiques manquent au tableau morbide, nous apparaît cependant comme ayant avec elle plusieurs points différents.

Quoi qu'il en soit nous voyons, et cela surtout importe, que ces intoxications présentent un tableau clinique alarmant, et sont de pronostic sérieux, surtout chez les alcooliques, les albuminuriques et diabétiques, parce que chez eux les lésions s'intensifient plus rapidement que chez les sujets sains, étant donné que l'élimination se fait beaucoup plus difficilement et est plus rare.

*I. Société de dermatologie et de syphiligraphie, Séance du 8 mars 1934, Eczéma linéaire déclenché par une teinture à base de paraphénylène diamine. Hypothèse de zones fragiles, naeviques, linéaires, invisibles, par MM. Gougerot et E. Lortat-Jacob.*

La malade 116.559, âgée de 55 ans, consulte à la clinique de la Faculté le 2 mars 1934 pour une dermatose apparue trois mois auparavant.

Ce semble être un eczéma d'apparence banale, indiscutablement vésiculeux (une biopsie faite par Mlle Eliascheff a montré l'existence de lésions de parakérose et de spongieuse). Mais la lésion linéaire soulève des discussions intéressantes, étiologiques et pathogéniques.

En effet, l'éruption strictement linéaire débute dans la gouttière du poulx, remonte le long du bord externe de l'avant-bras droit, franchit le bord externe de la saignée du coude et atteint la face externe du bras pour mourir en s'amincissant sur la face antérieure de l'articulation scapulo-humérale. Elle forme une longue bande large de 35 millimètres au poignet, de 10 millimètres sur la tête du radius et de 5 millimètres à la partie moyenne du bras.

Sur une zone de 7 centimètres, la bande eczémateuse est interrompue à la partie moyenne du bras, la peau ayant un aspect tout à fait normal. Plus récemment, il y a deux semaines environ, est apparue une lésion érythémato-squameuse dans la fosse sus-épineuse droite semblant continuer la topographie linéaire du membre supérieur.

En recherchant l'étiologie et la pathogénie de cette curieuse disposition, la malade nous apprend que, depuis plusieurs années, elle se teint les cheveux et elle accuse spontanément se coucher toujours la tête encerclée dans le bras droit. En donnant cette position à la malade, on constate que les cheveux teints s'impriment exactement sur la dermatose et que la zone de 7 centimètres de peau saine respectée à la partie moyenne du bras correspond exactement à l'oreille droite de la malade dans la position spéciale qu'elle prend dans le décubitus horizontal. Elle confirme cette hypothèse en nous faisant remarquer qu'elle découvre son oreille en mettant toujours le soir un filet pour maintenir ses cheveux.

Il reste à éclaircir la cause de la topographie linéaire de cette « dermite artificielle » à type d'eczéma. Pourquoi cette sensibilisation localisée, linéaire, de la peau? On peut supposer une zone fragile, congénitale donc nœvique, invisible; forme atténuée des nœvi linéaires macroscopiques (La malade présente en effet un nœvus discret à la face antérieure de l'épaule).

La malade a été soumise à différentes épreuves biologiques, cuti-réactions, épidermo-réactions, intradermo-réactions à la para-

phénylène-diamine, épreuves pratiquées en bracelet autour des deux bras pour chercher une zone fragile hypersensible.

Nous n'avons obtenu aucune réaction positive, il n'est donc pas possible d'incriminer la paréphylène-diamine, ou tout au moins nous n'avons pu mettre en évidence aucune preuve expérimentale.

Il nous faut donc chercher une autre cause sans doute auto-toxique. En faveur de cette nouvelle hypothèse et surtout à l'appui de la zone fragile linéaire, nous devons signaler qu'une intradermo-réaction témoin à l'hémoxyl s'est montrée fortement positive au cinquième jour dans la bande eczémateuse, tandis qu'elle était franchement négative en tissu sain, en bordure de la dermatose linéaire. Il semble donc bien qu'il existe indéniablement une fragilité tissulaire localisée dont la cause nous échappe. Ces zones fragiles expliqueraient la disposition linéaire d'autres dermatoses : psoriasis et surtout lichen.

2. *Réunion dermatologique de Lyon, séance du 15 mars 1934.*  
A propos du procès verbal.

*Phénomènes d'intoxication par la paraphénylène-diamine consécutifs à l'emploi d'une teinture pour les cheveux*, par M. L. Lagage (de Nimy-les-Mons, Belgique), communication faite à la Société Médico-chirurgicale du Hainaut, le 9 février 1917, non publiée et envoyée à la réunion dermatologique de Lyon du 15 mars 1934, à propos du procès-verbal).

Je fus fort embarrassé lorsque je dus donner un titre à la communication que je vais vous faire. S'agit-il purement et simplement, dans le cas que je vais vous décrire, de phénomènes idiosyncrasiques, ou bien s'agit-il d'intolérance, ou bien encore me suis-je trouvé en présence de phénomènes d'intoxication réelle? Je vous laisse le soin de trancher la question.

Pour ma part, j'estime qu'il s'agit d'idiosyncrasie et d'intoxication.

Mlle X... ma cliente, est âgée de 39 ans. C'est une belle femme dont la chevelure fut, au temps jadis, d'un noir d'ébène. Comme antécédents je relève : père arthritique; mère morte de tuberculose

pulmonaire, frère mort de tuberculose rénale; une sœur bien portante. Elle a fait, il y a huit ans, un rhumatisme articulaire aigu. A eu, il y a six ans, une pleurésie gauche non tuberculeuse (cuti-réaction et tuberculino-réaction négatives).

Est encore sujette à des poussées de rhumatisme articulaire et de névralgie intercostale. Bien réglée. Système digestif bon; voies respiratoires, système circulatoire, tout normal. Réaction de Wassermann négative.

Comme toutes les femmes elle est coquette et elle voit avec tristesse sa belle chevelure « porter des ans l'irréparable outrage »; aussi fait-elle usage depuis plusieurs années de teintures capillaires.

En 1911, à la suite de l'application d'un de ces produits, la « Juvenia », elle a eu une dermite aiguë, sans plus. Cela a été l'affaire de quelques jours.

Le 20 novembre 1918, vers 1 heure de l'après-midi, elle fit au moyen d'une brosse à dents, l'application d'un nouveau (?) produit qui lui avait été donné par un ami, un coiffeur, qui, paraît-il obtenait de cet ingrédient des résultats merveilleux. La quantité utilisée fut, tout au plus de 3 à 4 centimètres cubes ! Dans la nuit qui a suivi : démangeaisons à la tête, impossibilité de dormir. Ce que voyant, ma cliente, n'y tenant plus, fit un lavage au savon et eau chaude.

Je fus appelé le 21 vers 1 heure après-midi, soit 24 heures après l'application de la drogue. Je constate alors : le cuir chevelu, les oreilles et la nuque ne forment plus qu'une vaste phlyctène, la face, la gorge, la poitrine jusqu'aux seins, les épaules, la partie supérieure du dos sont le siège d'un érythème confluent d'aspect érysipélateux avec sensation de tension, de cuisson et de démangeaisons. De la sérosité s'écoule des phlyctènes et est absorbée par des essuie-éponges que je fais mettre, car je crains que cette sérosité ne renferme des produits irritants.

Le même soir. Je suis rappelé vers 9 heures et demie. La malade est dans un état de prostration donnant l'impression du collapsus cardiaque : le pouls est petit, lent (10 au 1/4), la température est

35°9, la respiration de 11 à la minute; la malade éprouve une sensation d'étouffement.

Le mercredi 22 au matin : légère amélioration; pouls à 12 au 1/4 et un peu plus fort; bouffissure de la face, œdème des paupières.

Dans l'après-midi du même jour : dysphagie, douleurs stomacales; le pouls continue à se relever; impossibilité d'ouvrir les yeux tant l'œdème des paupières a augmenté; pas de fièvre.

Le jeudi 23 le pouls continue à se relever, la dysphagie s'atténue, les douleurs stomacales persistent mais sont moins intenses; la respiration est de 14 à la minute; la malade ouvre un peu les yeux.

Le vendredi 24 les symptômes vont s'amendant. Nous constatons toutefois un gonflement assez accentué de la région latérale gauche du cou et des ganglions de chaque côté ainsi qu'à la nuque.

Le 27, desquamation furfuracée du cuir chevelu et des oreilles.

Le 28, examen des urines : traces d'albumine (réaction de Müller);

Le 29 l'érythème à la région supérieure du thorax existe encore;

Le 30, disparition progressive de la rougeur présternale et dorsale avec desquamation furfuracée.

Traitement institué : compresses absorbantes là où il y a suintement; poudres inertes ailleurs (amidon, talc), café fort et rhum le 21, caféine le 22, porto, champagne.

Régime lacté à partir du 24.

Le 5 décembre, je suis rappelé. Croyant tout fini, ma cliente s'est de nouveau lavé la tête le 4 décembre dans la soirée. Je constate lors de ma visite : réapparition de dermite aiguë au cuir chevelu, aux oreilles et au cou avec formation de nouvelles phlyctènes, tuméfaction des paupières, bouffissure de la face, absence complète toutefois de symptômes généraux. Au bout de 3 à 4 jours, tout est redevenu normal, à part une nouvelle desquamation des parties touchées.

Ma cliente s'est depuis lors abstenue de se laver de nouveau la tête et s'est contentée du brossage. Quant aux cheveux, ils sont restés poivre et sel. Nous nous sommes donc trouvé devant des phénomènes d'irritation locale ayant permis l'absorption de substances toxiques.

En s'ingéniant à créer toujours de nouveaux produits, les parfumeurs créent de nouvelles occasions de dermatose. Depuis quelque temps, une mode nouvelle de teinture vient de se lancer : « les cheveux platinés », teintures rendant la chevelure d'un ton métallique. Cette mode aurait été lancée paraît-il par des « stars » de cinéma.

Les résultats ne se sont pas fait attendre : deux observations de Gougerot paraissaient peu après intitulées : Eczémas et dermites par fards « argent ».

Les voici l'une l'autre.

1. Une première malade, fille de médecin n'est pas spécialement prédisposée, cependant pour la première fois qu'elle s'argentait la chevelure elle a eu une dermite intense ; rougeur, œdème sous-cutané et dermique ; vésicules d'eczéma très nombreuses, typiques, suintantes de toute la face, du cou, et surtout de la nuque, parce que les cheveux retombaient sur la face postérieure du cou ; au contraire le cuir chevelu a été le moins atteint.

Le fard argentique avait été mis un après midi, la malade l'avait conservé jusqu'au lendemain soir, donc 24 heures. Les lésions ont débuté le soir même, donc après une incubation de 28 heures environ, elles ont duré une douzaine de jours, intenses et douloureuses, la défigurant, et il persiste encore pendant une vingtaine de jours de l'eczéma discret.

La malade n'ayant jamais mis un produit semblable, on doit admettre que l'intolérance relève de l'idiosyncrasie, à moins qu'elle ait été sensibilisée par l'un des constituants du fard à son insu.

2. Une deuxième malade a au contraire un eczéma anaphylactique car les deux premières fois, les 6 et 16 novembre, le fard argentique a été toléré, et c'est seulement la troisième fois, le 9 décembre, qu'il a déclenché une dermite eczémateuse, d'une rare violence.

Elle se fardait le 9 décembre, après midi, à 15 heures pour le bal du soir même, le 10 elle se couche vers 7 heures du matin, n'ayant rien ; elle se réveille tard, à midi, toute étonnée de ne pouvoir

ouvrir les paupières, car elles sont tuméfiées par l'œdème. Toute la face est bouffie, rouge, criblée de vésicules commençantes. Les lésions s'étendent à toute la tête, face, nuque, cuir chevelu, et descendent en s'atténuant rapidement sur le cou; il y a donc une incubation d'une vingtaine d'heures et un début très rapide en moins de 5 heures.

Le soir du 10, les lésions augmentent encore; œdème et surtout vésicules.

Le 11 au matin, de nombreuses vésicules suintent abondamment une sérosité poisseuse, et la détente commence mais l'eczéma durera plus de 10 jours, malgré l'auto-hémothérapie, et les calmants locaux.

Le 21 décembre, l'œdème régresse nettement et le suintement décroît, la malade ne sera guérie qu'à la fin décembre.

Bien que le diagnostic causal fût évident, elle voulut une preuve; elle appliqua donc sur un cercle de 30 mm. à la face externe du bras gauche, une couche du même produit qu'elle laissa en place 12 heures seulement, elle eut après la même incubation de 20 heures, un eczéma expérimental presque aussi intense que l'eczéma de la figure et qui dura une douzaine de jours.

N.-B. — Le fard en question a été analysé, ses composants étaient de l'aluminium, un acide gras et un vernis.

### *Lésions oculaires dues aux teintures capillaires.*

Si nous jetons un coup d'œil sur la littérature, nous sommes surpris de constater que des lésions oculaires à type assez particuliers sont signalées çà et là, et que ces lésions oculaires sont provoquées par l'usage ou l'abus des teintures capillaires.

Rampoldi en 1887 (un cas d'amblyopie saturnine) : *Annali di oftalmologia*, signale un cas d'amblyopie saturnine, survenu chez une femme de 35 ans, qui avait l'habitude de se laver les cheveux, avec un liquide blanchâtre qui, à l'examen chimique, fut trouvé composé d'acétate de plomb et en majeure partie de soufre.

En 1905, Palermo, dans une monographie sur les névrites rétrobulbaires toxiques, *Annali d'ottalmologia*, 1905) signala aussi certaines formes de névrites, qu'il jugea provoquées par l'introduction accidentelle dans l'organisme de sels de plomb contenus dans les produits de beauté et dans les teintures.

Plus importantes encore furent les observations de Gabrielidès (« Angyniasis de la conjonctive et de la peau », *Archives d'ophtalmologie*, 1911, p. 796), qui montre entre autres un cas d'imprégnation de la peau, et des conjonctives, par des sels d'argent.

Telles sont à peu près les rares cas signalés de lésions oculaires, dues à des produits tinctoriaux appliqués sur les cheveux.

S'il est en effet simple de concevoir qu'au cours de l'acte de teindre les cheveux, quelques gouttes de produit puissent entrer en contact avec la conjonctive oculaire, il est aussi notoire que certains produits chimiques s'éliminent, non seulement par les émunctoires ordinaires mais également à travers les muqueuses et par celle qui arrivent à atteindre la conjonctive, en déterminant dans ces tissus, des phénomènes irritatifs souvent obstinés et inexplicables.

Ces phénomènes sont exactement superposables à ceux constatés chez des sujets pratiquant des cures iodiques : il arrive assez souvent en effet de constater chez eux des formes d'acné généralisées et associées à des conjonctivites irritatives simples avec fréquence de blépharites à type aigu, rebelles à tout remède et qui guérissent rapidement par la simple interruption de la cure iodique.

C'est ainsi que l'on observe quelques cas de conjonctivite, avec complications cornéennes chez des personnes faisant usage de teinture et chez lesquelles on peut exclure toute autre cause d'irritation ; mais étant donné qu'au cours de l'application les liquides incriminés, n'entrent pas en contact direct avec la conjonctive, on est bien obligé dans certains cas d'admettre que ces substances toxiques minérales et végétales, présentent ce type d'absorption et de considérer la

conjonctivite non pas comme une lésion initiale, mais terminale de l'intoxication générale.

Et si la littérature médicale, mentionne çà et là des conjonctivites dues à des teintures capillaires, elle n'en commente point le processus intime même quand ces lésions oculaires sont accompagnées d'une intoxication générale de tout l'organisme.

Il est donc assez curieux de constater que ces intoxications le plus souvent causées par les sels de plomb des teintures, se traduisent sur le rein par de l'albuminurie massive avec parfois anurie et œdème et sur l'œil par des conjonctivites, blépharites et même névrites optiques, on a même vu des névralgies du trijumeau compléter tout ce tableau clinique.

Ce tableau clinique peut se résumer ainsi :

1. Couleur jaune bronzé de la peau, des paupières, de la figure et souvent du cou;
2. Couleur presque jaune paille des conjonctives;
3. Présence de petits follicules plus ou moins nombreux, petits et ronds à contour presque transparent;
4. Manque de souplesse de la conjonctive;
5. Sensation de sécheresse conjonctivale, de démangeaisons de douleur et de brûlure très accentuée.
6. Dans l'association probable de cette symptomatologie avec un état de névralgie du trijumeau.

Enfin aux altérations de la conjonctive palpébrale, s'associent des proliférations à aspect presque phlycténulaire de la conjonctive bulbaire, avec infiltration et desquamation épithéliale de la cornée, qui font penser à une influence trophique de la part du trijumeau dans la genèse des altérations cellulaires.

Il semble donc que les phénomènes locaux relevés dans ces cas surtout parmi ceux qui se rapportent à la présence de follicules et d'une éruption presque phlycténulaire de la conjonctive, doivent être considérés comme l'expression typique d'une réaction spécifique de la conjonctive à des stimulants irritatifs locaux, parvenus soit par voie exogène soit par voie endogène.

*Sgrosso, Sur quelques affections oculaires rares  
dus aux teintures capillaires.*

1. Mme X..., depuis 2 ou 3 ans, commençait à se plaindre de névralgies obstinées de la figure et des dents.

Croyant que cette douleur avait comme origine une dentition en mauvais état; je fis mettre une prothèse dans l'espoir que ces troubles s'arrangeraient.

Il semble en effet que la malade fut soulagée, mais après quelques mois les mêmes névralgies du trijumeau réapparurent avec la même intensité, je fis appel à ce moment là à toutes les recherches de laboratoire : B.-W., analyse des urines, radiographie, sans aucun résultat positif. J'avais perdu tout espoir de résoudre le problème, lorsque la malade me mit elle-même sur la bonne voie; en effet elle me dit qu'en général au moment le plus aigu de cette névralgie, elle était frappée d'une douleur très distincte au cuir chevelu, et lorsqu'elle posait la main sur ses cheveux elle percevait une sensation de douleur comme si les cheveux s'étaient transformés chacun en autant de coups d'épingle. Cela me fit penser que de tels phénomènes devaient être dus aux effets de la teinture dont elle usait depuis très longtemps.

Aussi ai-je conseillé à la malade d'abandonner tout usage de substances colorantes, quelle qu'en soit la qualité; l'effet fut surprenant, et la malade au bout d'une semaine, me communiqua, que tous les phénomènes douloureux avaient cessé et qu'elle se portait très bien.

Les choses en étaient là, lorsque au mois de juin de l'année dernière la dame en question, vint me consulter pour une forme de conjonctivite qui, me disait-elle, était apparue depuis quelques mois, et évoluait avec des améliorations alternant avec des paroxysmes inexplicables.

Les douleurs les plus insupportables, étaient constituées par de fortes démangeaisons aux paupières, par des brûlures, et par une sensation de corps étrangers dans l'œil, et par de la photophobie.

La malade me confiait en même temps qu'en plus de son affection conjonctivale, elle avait recommencé à souffrir d'une névralgie

analogue à la précédente, avec un peu moins d'intensité peut-être.

L'inflammation de la conjonctive inférieure était constituée d'un petit amas de matières jaune paille, d'aspect aride, presque sec, constitués à leur tour de petits follicules arrondis à contenu presque transparent siégeant aussi bien sur la conjonctive palpébrale que dans les culs-de-sac.

L'aspect de la conjonctive supérieure, était identique, mais les follicules étaient plus rares.

Ce qui me frappa le plus, c'était la couleur jaune paille de la superficie conjonctivale et le manque de symptômes réactifs locaux, étant donné la grande quantité de follicules. Il manquait en effet, et la malade même me le confirma, toute sécrétion muqueuse.

J'ai noté également que la couleur du visage et la partie supérieure du cou, était jaunâtre, presque bronzée, en contraste évident, avec la couleur claire des bras et du cou.

Après avoir pratiqué à la malade un léger raclage des conjonctives, je lui ai prescrit un collyre au sulfate de zinc; la malade ayant repris l'usage de la teinture, je lui conseillai en outre de suspendre toute préparation de ce genre.

La patiente s'améliora rapidement en une seule semaine, les conjonctives revinrent en leur état normal et tous les autres troubles avaient disparu définitivement.

En juillet dernier, la malade revint, ayant ressenti de nouveau les mêmes phénomènes concernant les yeux, elle me raconta qu'une de ses amies, il y a une vingtaine de jours de cela, lui avait conseillé une nouvelle teinture et qu'elle en avait appliqué deux fois sur ses cheveux.

A l'observation, je relevai les mêmes caractéristiques que la dernière fois, je pratiquai les mêmes traitements, en recommandant formellement de suspendre l'usage de cette nouvelle teinture, et après une semaine, j'ai trouvé que la malade était de nouveau rétablie complètement, tout élément pathologique ayant disparu.

Il ne persistait qu'une légère coloration jaune paille de la figure et du cou, gardant constamment la couleur caractéristique du bronze, alors que toute symptomatologie subjective avait disparu.

Deux mois après, le bon état oculaire persistait; les névralgies ne s'étaient plus représentées, et la malade n'avait plus à se plaindre que de l'excessive blancheur naturelle de ses cheveux, sur lesquels elle n'avait plus pratiqué aucune application de teinture.

2. J'ai rencontré un autre cas, chez un vieux monsieur de 60 ans, qui vint me consulter il y a 6 mois environ.

Celui-ci se plaignait depuis deux mois, d'une ennuyeuse sensation de démangeaison et d'une sensation de sécheresses et de corps étrangers dans les yeux, il n'avait de photophobie que le soir, lorsqu'il travaillait à la lumière artificielle. Le malade ne présentait pas d'autres troubles fonctionnels.

Les conjonctives présentaient tant un œil que l'autre, une couleur rosée avec de petites formations folliculaires, éloignées entre elles et plus nombreuses dans les culs-de-sac inférieurs. Rien sur la conjonctive bulbaire.

J'ai rassuré le malade sur la légèreté de la forme de sa conjonctivite folliculaire et étant donné la visible sécheresse conjonctivale, je lui ordonnai une pommade ophtalmique au sulfate de zinc, cocaïne, adrénaline, en le priant de venir me voir, une vingtaine de jours après, si cette démangeaison continuait. Le patient revint en me disant que l'effet du traitement aurait plutôt augmenté les sensations de démangeaison et de sécheresse conjonctivale; j'examinai de nouveau ses conjonctives, et rien de particulier ne me frappa, si ce n'est la peau des paupières et de la figure qui, comme la conjonctive, étaient d'une couleur tout à fait anormale, jaunâtre et ce qui me frappa en outre étant donné l'âge de mon client, ce fut la teinte trop noire de ses cheveux, qui laissaient voir à leur base un reflet métallique violacé, tout à fait anormal.

Mon malade me confirma ce soupçon, mais je n'eus pas une grande indication sur le produit tinctorial dont il usait, car il me dit qu'il lui venait tout préparé et que c'est son coiffeur qui le lui appliquait.

Je déclarais à mon patient que le genre de sa conjonctive pouvait dépendre de l'absorption de substances toxiques contenue dans ces teintures et lui enjoignit de les suspendre pendant quelques temps, et de continuer la thérapeutique locale.

Après une vingtaine de jours, le patient m'arriva, en me disant que presque tous ses malaises avaient disparu, et qu'il ne lui restait qu'une légère sensation de cuisson aux paupières.

A l'examen objectif j'ai pu relevé que la conjonctive, tout en ayant une légère coloration jaune paille était redevenue tout à fait normale comme humidité, et que les petits et rares follicules avaient complètement disparu.

3. Une dame d'une soixantaine d'années, de parfaite constitution générale, sans aucun passé pathologique, depuis 20 jours, souffrait d'une affection accentuée de l'œil droit, avec photophobie, douleur et larmoiement.

En même temps, elle se plaignait de céphalée intense, spécialement le matin; à une première observation je relevai à l'œil droit une conjonctive palpébrale inférieure, légèrement hyperhémiee, assez sèche, d'une couleur jaunâtre. La conjonctive supérieure présentait la même couleur avec une petite hypertrophie papillaire.

Les conjonctives bulbaires étaient injectées, de couleur rouge violacée, près du limbe, des quadrants inférieurs de la cornée, on relevait de petites infiltrations rosées de forme ronde et transparente; à la périphérie du quadrant supéro-externe, on voyait une infiltration ténue, diffuse et dépourvue d'épithélium, chacune de ces infiltrations était de la grosseur d'une petite tête d'épingle. A la périphérie du quadrant inférieur il existait encore une zone semi-lunaire d'infiltration sous-épithéliale de couleur jaune grisâtre.

Pour l'œil gauche, mêmes conditions comme couleur et sécheresse des conjonctives palpébrales.

La malade se soignait depuis 20 jours par des instillations d'atropine et par des pommades à l'oxyde jaune, sans avoir obtenu aucune amélioration. La couleur caractéristique des cheveux comme chez l'autre malade, qui n'étaient pas complètement teints jusqu'à la base, et avaient un reflet violacé, très en contraste avec le reste des cheveux de couleur terne; de plus la couleur jaune sale du visage, comme dans les deux autres cas, me firent penser que la céphalée, ainsi que la lésion oculaire devaient être attribuées à l'usage de la teinture, d'autant plus que chez ce sujet il n'existait aucune autre trace de maladie précédente.

Ayant eu la certitude que ma patiente se teignait les cheveux, j'ai conseillé à ma malade d'abandonner toute teinture, et de continuer l'usage du collyre d'atropine prescrit par l'autre oculiste.

Il y a environ 15 jours elle vint chez moi tout à fait rétablie des lésions cornéennes de son œil droit, dans lequel cependant, il persistait une petite opacité au quadrant supérieur externe, et quant à la conjonctive palpébrale des deux yeux, sa coloration jaunâtre persistait, sans aucune rugosité papillaire.

La patiente m'assura qu'après les premiers 5 ou 6 jours, elle avait constaté une grande amélioration, et que depuis 8 jours, elle se considérait comme guérie, étant donné la disparition, tant du larmolement que de la photophobie, et que les céphalées avaient disparu.

*Renodo, Dermite palpébrale avec intoxication générale,  
après usage de teinture capillaire.*

M. X. 49 ans, peintre, se présente à notre service le 17 mars dernier pour nous dire que depuis deux jours, il ressent une démangeaison intenable qui le fait souffrir à tel point qu'il est obligé de s'aliter, depuis deux jours, il n'a pu dormir même une seule minute, et tout travail a été impossible. En se frottant fortement les yeux de la main, il lui semble que son mal diminue d'intensité, aussi répète-t-il ce geste constamment. Il présente une énorme photophobie, et est obligé de séparer ses paupières de ses doigts, pour les empêcher de se coller.

La même sensation de cuisson, le prend aussi aux paupières, au front, au cuir chevelu. Ce qui a attiré l'attention des médecins, c'est que ses urines sont rares, rouge intense, son examen nous donne le résultat suivant :

Œil droit : Blépharospasme intense, hyperhémie de la conjonctive, surtout tarsienne, et dans le cul-de-sac conjonctival inférieur.

La conjonctive bulbaire est modérément rouge, la coloration diminuant au fur et à mesure que l'on se rapproche du limbe.

La cornée et les autres milieux, sont d'une transparence normale, le fond de l'œil apparaît normal.

vision 7/10 avec  $+1\text{ V} = 1$

ponction proximum à 19 cm.

Champ visuel normal, pas de scotome central,

Oeil gauche. Conjonctive même aspect, oeil en divergence, cornée normale, cataracte traumatique sur le segment inféro-interne; le malade se rappelle avoir subi durant son enfance un traumatisme et depuis lors, il n'a jamais bien vu avec cet oeil.

Au fond de l'oeil rien d'anormal : vision 1/2.

C'est-à-dire, que laissant à part les lésions évidemment traumatiques décrites pour son oeil gauche, et qui n'ont aucune relation avec la maladie actuelle; celle-ci est restée limitée à l'hyperhémie décrite et aux symptômes subjectifs.

Le frottis des sécrétions conjonctivales montrèrent quelques polynucléaires sans germe.

Les paupières apparaissent modérément tuméfiées, de coloration rouge violette, la peau est rugueuse avec quelques desquamations partielles, pour la peau du front même couleur que celle des paupières, avec de petites tubérosités d'une grosseur variant de celle d'un plomb de chasse, à celle d'un petit pois, de coloration plus rouge que celle de la peau intermédiaire, montrant pour la plupart d'entre elles une ecchymose dans la partie la plus proéminente.

Le cuir chevelu était semé des mêmes tubérosités mais certaines étaient plus grosses.

Dans toutes les régions indiquées la douleur était intense, insupportable, un véritable martyr selon la formule du malade.

Le diagnostic étiologique aussi bien des phénomènes oculaires que de la dermite, le malade me le fournit en répondant à mes questions : « La veille, nous dit-il, avant de voir apparaître ces douleurs, je m'étais fait une friction aux cheveux, pour les teindre en noir, avec une teinture que j'avais utilisé antérieurement sans qu'elle m'eut produit le même mal, excepté parfois quelque léger prurit qui disparaissait instantanément sans nécessiter de traitement. »

L'analyse de la teinture ne nous apprend pas d'avantage sur les lésions de la peau et l'intense hémoglobinurie observée.

Nous avons donné au malade un purgatif salin, médicament uniquement recommandé dans ces cas. Diète lactée, eau alcoolisée, paupières recouvertes de pâtes inertes et une pommade analgésique dans l'oeil. Ce traitement nous parut modifier la marche

de l'affection, en commençant à administrer 5 jours après par du chlorure de calcium (5 gr. par jour); le 2<sup>e</sup> jour une amélioration évidente de l'aspect de la peau se produisit, puis le prurit dont souffrait le malade diminua et disparut et le malade put vaquer à ses occupations journalières.

Ses urines redevinrent normales au bout de 8 jours de traitement au chlorure de calcium; il reste seule comme séquelle une pigmentation brune des paupières (couleur qui rappelle le masque des Addisoniens) avec couleur brune de la peau du front, surtout au niveau des points où étaient apparues ces petites tubérosités.

*Lésions oculaires par les teintures et colorants  
des cils et des sourcils.*

La teinture des cheveux est appliquée sans modification aucune dans sa technique et dans ses composants, à la coloration des cils et des sourcils. Nous avons vu que bien des teintures capillaires sont dangereuses et même fort dangereuses, or au niveau des cils et des sourcils, devient dangereuse une teinture inoffensive pour le cuir chevelu.

La teinture des cils et des sourcils est actuellement entreprise par tous les coiffeurs presque, et dans tous les instituts de beauté, cet artifice est employé à une échelle considérable.

Dans la plupart des cas le constituant de ces teintures, est composé de henné, colorant végétal. Des cosméticiens médicaux le déclarent absolument sans danger (Prof. Paschkis de Vienne), comme inoffensif (Martin Bab de Berlin), bien que ce dernier auteur accorde que quelquefois on voit apparaître des irritations cutanées locales, en raison d'idiosyncrasies, qui disparaissent lorsqu'on supprime le henné quelque soit le traitement associé.

Oppenheim ne trouve pas de contre-indication à la teinture des sourcils, faisant toutefois la restriction qu'aucune teinture capillaire parmi toutes celles que l'on connaît, n'est absolument inoffensive. Par contre le brunissement des sourcils et des cils au moyen de crayons, ne lui apparaît pas sans danger, car « on ne connaît aucun colorant non nuisible à l'œil ».

Dans les autres travaux traitant de cosmétiques, de même que dans les livres d'enseignement, on ne trouve pas mot sur ce sujet, comme s'il était sans importance.

Quant à certaines revues de vulgarisation pseudo-médicale, n'en parlons pas, elles ne vous critiquent certains produits, que pour vous en conseiller un autre, qui lui, serait vraiment sans danger.

Mais il n'en est pas ainsi : Au cours des consultations ophtalmologiques, on observe un grand nombre d'états inflammatoires aigus ou chroniques de l'œil, devant être rapportés à des procédés cosmétiques ; dermatites des paupières, même parfois avec des abcès ; conjonctivites, blépharites, kératites, ulcères de la cornée.

L'origine des troubles n'est pas toujours très apparente ; et la malade cherche à dérouter le diagnostic, dès qu'on lui demande des précisions, sur la façon dont elle se farde ; mais si l'on prend soin dans les cas douteux, d'ordonner la cessation de toute coloration des cils ou des sourcils, on verra survenir une amélioration rapide de l'état irritatif en cause.

Cette interdiction doit porter sur toute la cosmétique, on doit non seulement interdire les teintures appliquées par les coiffeurs, mais aussi celles que s'appliquent les femmes, au moyen d'un pinceau fin, chargé d'encre de chine, ou d'un crayon gras.

Voici quelques observations que nous pensons assez typiques.

### Observation I

(*Werner Bab*)

Mme X., 35 ans, blonde, teinte des cils et des sourcils par un coiffeur il y a deux jours. Le lavage effectué après l'application de la teinture n'aurait pas été tout à fait correct.

Les premiers troubles apparaissent au bout de 24 heures. Douleurs violentes, gonflement périoculaire, photophobie.

Il existe une forte conjonctivite ; œdème des paupières blépharospasme, larmoiement marqué. Les douleurs et les autres symp-

tômes augmentent d'intensité durant les jours qui suivent : absence de sommeil. Après une amélioration passagère, on voit au douzième jour reparaitre le gonflement des paupières.

L'incision de la paupière inférieure évacue un pus abondant. Croûtes et pustules sur les sourcils. Après amélioration des signes locaux, furonculose généralisée, à la figure et au cou.

Guérison complète au bout de 7 jours.

### **Observation II**

Mlle X..., 41 ans, blonde, teinte trois jours auparavant. Conjonctivite purulente bilatérale, kératite à gauche, eczéma des sourcils. Le trouble de la cornée a duré trois semaines.

Guérison au bout d'un mois.

### **Observation III**

Mlle X..., 41 ans, conjonctivite après utilisation de savon au henné. Guérison au bout de 12 jours.

### **Observation IV**

Mlle X..., 21 ans, teinte trois jours auparavant. Eczéma et rougeur des sourcils ; œdème de la paupière, conjonctivite purulente. A l'œil gauche en haut et en bas, orgelets qui disparaissent rapidement, guérison en 12 jours.

### **Observation V**

Mme X..., 40 ans, blonde, déjà traitée antérieurement pour une légère blépharoconjonctivite. Les premiers signes sont apparus 12 heures après la teinture. Conjonctivite particulièrement forte, œdème de la paupière, blépharospasme, sensibilité à la lumière, larmolement, douleurs très violentes. Quelques jours plus tard, les paupières sont gonflées en totalité. Des lambeaux membraneux se détachent de la conjonctive. Guérison en 5 semaines.

### **Observation VI**

Mme X..., 39 ans, blonde. A été teinte deux jours auparavant aux cheveux, sourcils et cils,

Conjonctivite, œdème de la paupière, eczéma de la peau, cornée indemne. Les douleurs étaient très violentes. Absence de sommeil. Au 9<sup>e</sup> jour érosion de la cornée gauche, s'ulcérant ultérieurement. Quatre semaines plus tard, la cornée est guérie mais il persiste une tache. L'acuité visuelle de cet œil, dont la fente palpébrale est d'ailleurs plus petite encore que celle de l'autre œil, est diminuée à cause de cette tache.

Au bout de 9 semaines, la malade est encore en traitement. La conjonctive des deux yeux est encore enflammée, l'œil gauche est encore très sensible à la lumière.

*Dermato-ophthalmie due à une teinture pour les cils. (Clyde E. Harner, M. D. Long Beach, Calif).*

Miss E. N., âgée de 23 ans, vue en 1929 avait les sourcils teints depuis un an avec « Lasch-Lure ».

Les paupières étaient enflées d'une façon marquée, à tel point qu'elle ne pouvait les ouvrir.

Elles étaient recouvertes de petites bulles aqueuses, et présentaient un chemosis marqué, dans les deux conjonctives bulbaires et palpébrales. Les cornées étaient difficiles à voir mais apparemment claires, l'iris était normal, les pupilles aussi, la malade présentait une photophobie marquée.

Sous le traitement l'affection s'est améliorée lentement. Dix jours après un petit abcès qui apparut sur la paupière de l'œil droit près de l'angle interne, fut incisé.

La vision était : œil droit 6/10.

Œil gauche 8/10.

Nous vîmes depuis la malade en avril 1933; elle s'était teint les cils, avec le même produit de beauté. Les deux yeux étaient complètement enflés et fermés, il y avait un chemosis marqué de la conjonctive; mais les paupières étaient claires, l'iris normal. Je n'ai pu ouvrir les paupières suffisamment pour voir le fond de l'œil.

Le jour suivant elles étaient plus malades encore, avec enflure des conjonctives et des paupières.

Les cornées des deux yeux étaient infiltrées d'une fine infiltration grise.

Fin avril, la malade fut envoyée à l'hôpital et sa garde-malade, sur ses instances, lui ouvrait les paupières à chaque minute, pour permettre de s'échapper un liquide irritant. Divers traitements furent institués, notamment une cure d'atropine. Après une crise très violente, la malade fut renvoyée de l'hôpital une semaine après son entrée.

Dans notre cabinet, quand nous l'eûmes examinée à la lampe à fente nous vîmes qu'il y avait une infiltration des couches superficielles de la cornée, et toujours de l'œdème des conjonctives. Pendant un certain temps des abcès de la paupière apparurent, et un chalazion se développa nécessitant d'être ouvert.

Les sourcils avaient été traités avec la même teinture, les mêmes éruptions en forme de vésicules se déclarèrent et un énorme œdème apparut dans la région.

Les yeux ne purent revenir à la normale, avant le 16 mai, 6 semaines après la date d'application de la teinture.

Durant le séjour de la malade à l'hôpital, un Wasserman fut fait, qui était négatif.

La malade avait une néphrite chronique, les urines montraient quelques cylindres hyalins, un peu d'acétone et une petite quantité de sucre.

Les globules blancs étaient de 7.200 avec 70% de polynucléaires.

Un côté intéressant de ce cas, est que la malade faisait son apprentissage dans un institut de beauté, et qu'il lui a été nécessaire de ne plus appliquer ces teintures, même sur autrui sinon elle refait une inflammation du même genre chaque fois qu'elle y touche.

Des cas de dermato-conjonctivites dus à l'usage de teintures pour les cils et les sourcils, ont été signalés tour à tour par Greenbaum, Harner, Bourbon, MacCally Farmer et Loomis; nous les citons dans notre bibliographie. Dans les deux derniers cas rapportés les réactions étaient assez sévères pour produire des ulcérations, suivies de nécrose de la cornée.

Le cas rapporté ici, suivit immédiatement l'usage d'une teinture appelée Lasch-lure et eut une terminaison fatale.

8. *Résultat fatal de l'usage de « Lasch-Lure » en application sur le sourcils et les cils (J. A. M. A., 103, p. 1441, 10 nov. 1934).*

Une femme âgée de 52 ans, qui avait toujours joui d'une excellente santé, se mit à épiler son sourcil droit, et à se mettre de la teinture « Lasch-Lure » sur le sourcil et les cils; cette teinture lui avait été donnée par sa sœur, employée dans un institut de beauté.

Les tissus adjacents commencèrent à être brûlés, et enflèrent dans l'espace de trente secondes après l'application de la teinture. La douleur fut si grande que l'opérateur décida de ne pas faire suivre le même traitement à son sourcil gauche. Au bout de quelques heures, la patiente se sentit mal à l'aise, et les tissus autour de son œil étaient si enflés qu'elle était incapable d'ouvrir son œil.

Les jours suivants la température se mit à monter, et elle alla consulter un médecin qui lui fit du vaccin antistreptococcique, et anti-staphylococcique et fit appliquer des pansements humides de sulfate de magnésium.

La réaction inflammatoire du côté droit de la face s'étendit, et la température restait toujours élevée; des pansements humides d'acide borique furent employés et une pommade à l'oxyde jaune de mercure fut instillée dans le sac conjonctival.

Nous vîmes la malade pour la première fois, le 13 mars 1934, huit jours après le début. Lors de notre examen à 8 heures de l'après-midi, la malade nous apparaît extrêmement fatiguée. La température était à 40°, le pouls à 134. Respiration 36 à la minute. Son intelligence était conservée, elle ne se plaignait pas mais se déclarait absolument épuisée.

La peau sur le côté droit du front et de la joue était rouge, mais ni tendue ni brillante. La paupière inférieure de l'œil droit était couverte d'un abcès profond et fongueux tapissé d'exsudats adhérents et jaunâtres. La conjonctive palpébrale des paupières inférieure et supérieure montrait une ulcération complète, d'un aspect profond. Le sac conjonctival était empli d'exsudat tenace et jaunâtre qui ne pouvait être enlevé qu'avec difficulté.

Quand cet exsudat fut enlevé on aperçut qu'une surface saignante constituait le fond de l'ulcération de la face interne des paupières.

Le globe était assez injecté, et la conjonctive oculaire présentait un léger degré de chemosis. La cornée était floue et comme striée de rayures multiples; mais aucune altération ne fut décelée à la fluorescéine. Les pupilles étaient égales et présentaient des réflexes à la lumière, à l'accommodation et consensuels normaux.

Le fond de l'œil gauche ne présentait rien d'anormal et il était impossible de voir le fond de l'œil droit, qui ne présentait pas d'ailleurs d'exophtalmie.

Les ganglions préauriculaires étaient palpables. Les ganglions latéraux, à droite, dans la région antérieure et particulièrement au-dessus du maxillaire étaient extrêmement enflammés. Le nez, la gorge et les dents ne présentaient rien de particulier. L'aire de matité cardiaque avait des limites normales, les bruits étaient bien frappés; il n'y avait pas de souffle, ni d'arythmie, mais un peu de tachycardie.

La respiration était rapide, quelque peu superficielle. L'haleine ne sentait pas l'acétone. Un poumon décelait de la résonance à l'auscultation : rudesse respiratoire mais pas de râles soit au repos, soit à la toux.

L'examen de l'abdomen était entièrement négatif, excepté pour un kyste de l'ovaire du côté droit du volume d'une grosse orange, mais qui n'était pas sensible à la pression.

Il n'y avait pas non plus d'œdèmes des extrémités. Le signe de Kernig et de Babinski étaient négatifs et il n'y avait pas de raideur de la nuque.

Sur la face et le cou, la peau ne présentait rien de particulier : ni pétéchies, ni purpura, ni urticaire.

Les cils et les sourcils de l'œil droit furent arrachés, et des irrigations de permanganate de potasse ainsi que des compresses chaudes furent employées. On instilla également de l'atropine et de l'oxycyanure.

La malade ne répondit pas aux médications toniques générales et mourut à 11 h. 30, juste trois heures après notre examen. Nous ne pûmes pratiquer l'autopsie.

Le principe actif de Lasch-Lure est une teinture à base d'aniline.

Enfin à côté de ces grosses lésions, fort visibles, il en est d'autres beaucoup plus petites que le simple examen ne révèle pas toujours. Avec l'examen ophtalmoscopique courant on ne voit pas assez de détails, pour identifier les lésions qui nous occupent; il n'y a qu'avec le microscope cornéen que l'on peut facilement les révéler.

Des états d'irritation oculaire inexplicables, ont trouvé tout de suite leur explication; si l'on examine l'œil malade à la lampe de Gullstrand, alors que on n'en aurait jamais trouvé, avec le simple examen ophtalmoscopique.

De petits cils par exemple qui présentent une irritation pour la conjonctive ou la cornée, ne sont souvent seulement visibles qu'à l'éclairage indirect, ou bien en lumière focalisée, surtout chez les sujets blonds.

On voit avec une netteté parfaite des petites particules de poudre, entourant les cils, comme des gouttelettes de rosée. Cette rosée se conglobe à la base des cils, et aux orifices glandulaires.

Les orifices glandulaires sont alors obturés par cette poudre mélangée à de minuscules granules de poussière; ces lésions lorsqu'elles vont s'accroître vont provoquer des blépharites typiques, puis des blépharo-conjonctivites qui seront à leur tour capables de se compliquer.

On trouve aussi de cette poudre impalpable dans les angles des yeux, et dans les angles conjonctivaux, constituant des conjonctivites latentes, avec poussées aiguës de temps à autre, que l'on ne saura pas guérir si l'on n'est pas prévenu de leur origine.

Toutes ces particules que l'on découvre dans les angles, les culs-de-sac conjonctivaux, les orifices glandulaires, sont ordinairement des parcelles minuscules de teintures qui ont été appliquées sur les sourcils et surtout sur les cils avec une petite brosse; ce sont en somme les éclaboussures du liquide tinctorial, ou des poussières résultant de l'usure du crayon gras contre la région que l'on cherche à teindre; mais on trouvera aussi de véritables particules de charbon dont l'ori-

gine nous a longtemps intrigué jusqu'au jour où nous avons appris que des dames, même très élégantes employaient pour la coloration de leurs bords palpébraux, des fragments d'alumettes brûlées, ou même des bouchons calcinés, nous avons ainsi compris sans peine que par cette méthode assez grossière, des particules de charbon relativement grandes, arrivent dans le cul-de-sac conjonctival où elles vont provoquer des blépharites et des conjonctivites, très douloureuses. Tous ceux qui au cours d'un voyage en chemin de fer ont reçu dans l'œil, une esquille de charbon qu'ils n'ont pas pu déloger de la journée, le comprendront sans peine.

Avec les crayons employés la coloration ne se fait pas d'une manière homogène sur les cils et les sourcils, avec la lampe à fente, on voit très bien la distribution irrégulière des particules colorantes, qui vont obturer les glandes du bord palpébral, ou qui vont s'accumuler en petites boules dans les culs-de-sac.

Quelquefois on voit aussi au cours d'une inspection approfondie, des lésions minimales de la cornée qui pourront être le point de départ d'ulcères graves de la cornée.

Nous voyons donc qu'il ne peut être question d'appeler « non dangereux » des produits qui déterminent de tels états irritatifs. Certains vont dire que ces états irritatifs sont dus aux produits eux-mêmes, d'autres à un état d'idiosyncrasie du malade, nous n'avons pas à nous préoccuper pour le moment d'une telle question que nous discuterons plus loin; nous pensons seulement que l'on a pas à se préoccuper de savoir si la teinture a été régulièrement appliquée, ou si c'est la personne qui présente une hypersensibilité trop forte vis-à-vis de cette teinture: l'hypersensibilité ne se dénote dans ces applications de teinture qu'après que le mal a été fait, et il est alors trop tard.

Les troubles apparaissent toujours au bout d'un certain temps, en général de 12 à 24 heures. La conjonctive et les paupières présentent toujours une réaction plus ou moins marquée. Les troubles les plus gênants pour les malades sont

les troubles subjectifs très importants, qui apparaissent dans les cas graves. La persistance des douleurs produit la perte de sommeil.

Ces douleurs, semblent produites, au moins en partie, par le gonflement des tissus. Elles ne sont pas toujours cependant en relation, avec l'intensité des troubles physiques. On sait en effet combien souvent on voit évoluer sans aucune douleur, des œdèmes très étendus de la paupière ou des conjonctives. L'état d'irritation d'inflammation semble dû à un état d'allergie. Des améliorations passagères surviennent entre les périodes d'aggravation. Dans quelques cas la cornée est également attaquée, mais nous avons vu que si l'on examine l'œil au microscope cornéen, la cornée est beaucoup plus fréquemment attaquée qu'on ne le voit à première vue.

On doit noter surtout dans ce cas, et c'est ce qui doit les faire redouter, *l'impuissance de la thérapeutique*.

Tous les traitements appliqués ne font que gêner encore plus le malade. Les anesthésiques usuels (cocaïne, novocaïne) en instillations ou en onctions ne font que diminuer légèrement les douleurs et ont une action beaucoup plus courte qu'habituellement, à condition encore d'être employés à haute dose.

Il est nécessaire parfois de laisser souffrir le malade, car en se maintenant dans l'application de doses élevées, on se trouve en présence d'un cercle vicieux, calmer une ulcération ne fait que l'aggraver car tous ces anesthésiques desquament fortement la cornée. On pourra résoudre ce dilemme en prescrivant par voie interne des analgésiques et des somnifères.

En résumé, les teintures et colorations diverses des cils et des sourcils ne doivent pas être considérées comme inoffensives, qu'elles soient effectuées avec le henné ou autre, ainsi que le montrent les observations que nous venons de rapporter; si ces produits ne sont pas toxiques par eux-mêmes (henné), il existe une hypersensibilité de maintes personnes vis-à-vis d'eux. Hypersensibilité qui fait apparaître une affection de la conjonctive et des paupières et même parfois de la cornée.

### Troubles apportés par les pâtes épilatoires.

Enfin s'il est un produit employé couramment, dans un but esthétique, ce sont les pâtes épilatoires.

Certaines de ces pommades d'usage courant, sont à la fois inactives et inoffensives, le mal n'est pas grand d'en user.

Les principales préparations destinées à faire tomber les poils sont le plus souvent à base de sulfures alcalins, sulfures alcalino-terreux, sulfures d'arsenic incorporés à des poudres inertes.

Les préparations arsenicales sont interdites, mais il ne faudrait pas croire que le sulfhydrate de chaux, le monosulfure de sodium ou le sulfure de baryum ne présentent pas, eux aussi, des inconvénients sérieux, suivant les réactions de certains épidermes.

Certains instituts de beauté, ont préconisé à grands renforts de réclame, l'application de boues d'origine exotique (boues de Californie, Yougo-Slavie, etc.) on applique une couche assez épaisse de ces boues (2 mm. environ) sur le visage et on laisse sécher complètement.

Ce produit, d'après les auteurs, comprime l'épiderme, et sous l'influence des propriétés radio-actives (*sic*) contenues dans ces boues, les rides disparaissent de même que les poils follets de la face. On conçoit aisément à quelles tortures sont exposées les malheureuses possédant, suivant l'expression consacrée, une trop grande abondance de « poils et duvets superflus » et aussi à quelles complications elles peuvent être exposées du fait de ce contact des boues qui, avons-nous besoin de le dire ? sont loin d'être stériles. Nous devons toutefois avouer que dans la littérature médicale, nous n'avons pas trouvé d'exemples de lésions provoquées par elles.

Mais s'il est un produit dont il n'est pas exagéré de dire qu'il constitue le principe actif de près de 90% des pommades épilatoires, produit bien connu par les troubles toxiques qu'il produit : c'est l'acétate de thallium.

L'acétate de thallium préconisé par Sabouraud dans le

traitement des teignes, produit déjà des accidents entre des mains expertes. « L'acétate de thallium, écrit Sabouraud en 1913, est d'une assez haute toxicité et son maniement doit être entouré des plus hautes précautions », et quel meilleur réquisitoire que celui prononcé par cette haute autorité médicale à la Société de Dermatologie et de syphiligraphie, à la séance du 10 janvier 1929 contre ce produit : « J'ai prescrit l'emploi de l'acétate de thallium en pommade depuis 15 à 18 ans, dans le traitement des hypertrichoses localisées de la femme, car j'en ai décrit la méthode dans mes *Entretiens Dermatologiques* qui furent publiés chez Doin en 1913.

» Ce sont mes premiers essais de dépilation des teignes par l'acétate de thallium qui m'en avaient donné l'idée et eux-mêmes dataient de 1897.

» Mais connaissant par expérience l'extrême toxicité de l'acétate de thallium, j'avais été sage en mes essais. J'insistais dès lors sur la prudence nécessaire; je formulais une pommade ne contenant de l'acétate de thallium qu'au 1/100 et je recommandais de n'en jamais appliquer plus gros que deux grains de blé chaque soir pendant quelques mois, et sur une région limitée comme la lèvre supérieure.

» Depuis que j'ai la pratique de cette méthode, 20 ans bientôt je n'ai jamais eu à enregistrer le moindre accident. Naturellement une telle pommade n'agit pas comme dépilatoire; le lendemain la patiente a tout autant de duvet que la veille, mais elle atrophie peu à peu le poil; et après quelques mois ce poil, sans disparaître, a diminué de moitié, comme nombre, comme épaisseur et visibilité.

» Tant que je fus le seul à prescrire cette pommade je n'ai vu aucun accident s'ensuivre, même à de longs intervalles. C'est que si j'avais à le conseiller je faisais peur à ma patiente : « Si vous en appliquez plus gros que deux grains de blé, ou un très petit pois chaque soir, cette pommade, même à distance, vous fera tomber les cheveux ». Cette menace prévenait les excès possible, si j'avais soin sur toute ordonnance, d'écrire cette dose limite au-dessous de la formule.

» Cependant, peu à peu, l'usage de cette pommade s'est répandu; il faut environ 15 ans pour qu'une méthode ou une technique nouvelle même utile, passe dans la pratique. C'est ce qui est arrivé.

» Mais depuis deux ou trois ans, voilà que cette prescription est devenue banale; et du jour où j'ai vu passer ma formule dans les formulaires, j'ai prévu que l'on aurait des accidents; car dans certains aide-mémoire la formule est donnée brute sans qu'on insiste du tout sur la dose à ne jamais dépasser et sur le pouvoir toxique des sels de thallium. On a donc formulé la pommade à 2 et à 3% et puis les médecins n'ont pas averti leur malade des dangers possibles. Et puis d'autres malades ont prêté leur ordonnance à tout venant. Et voici que les accidents arrivent.

» Le premier qui m'a été signalé fut observé par notre collègue et ami, le docteur Watrin de Nancy. Sans doute pour aller plus vite la patiente utilisait chaque soir « gros comme une amande » de la pommade et pendant des mois; une pommade à 0 cg. 75 d'acétate de thallium pour 30 de vaseline.

» Or les accidents qui paraissent en être résultés, ont été extrêmement sérieux : polynévrites périphériques très douloureuses, avec paralysies des péroniers latéraux.

» Presque en même temps, je recevais du docteur Liard à Paris, une lettre qui me racontait une histoire semblable : une jeune femme obtient copie de l'ordonnance d'une de ses amies, elle en use à tort et à travers, épuisant deux pots et demi de pommade en quelques semaines; en tout 90 gr. de pommade correspondant à 2 cg. d'acétate de thallium. Et alors... névralgie surtout marquée aux membres inférieurs. Crises douloureuses incessantes, obligeant à la morphine. Le docteur Watrin, et peut-être le docteur Liard publieront sans doute leurs observations; si je prends la parole ici, c'est pour agiter de suite la sonnette d'alarme et éviter de nouveaux malheurs.

» Il faut que non seulement les dermatologistes, mais les médecins de médecine générale et même les pharmaciens

soient tous avertis que ces pommades sont dangereuses.

» Si je n'ai pas eu d'accidents de cette sorte dans une pratique de 20 ans, c'est parce que je connaissais les malheurs possibles, assez pour les éviter, et parce que je commandais une extrême discrétion dans l'emploi de ces moyens.

» Il est tout à fait déplorable que de telles formules soient employées couramment par n'importe qui, à n'importe quelle dose, et n'importe comment.

» Et je déplorerais amèrement, pour avoir donné une formule utile en certains cas, et sous certaines conditions d'emploi, d'avoir été la cause involontaire de véritables désastres.

» C'est pour cela que j'ai tenu à le dire sans retard, à le dire le plus haut possible, pour tâcher que de pareils malheurs soient évités. »

Que dire donc de ce produit éminemment toxique, délivré par n'importe quel pharmacien sans ordonnance, et même spécialisé; se trouvant donc de ce chef à la portée de tous, à l'indiscernement de n'importe qui ?

Les troubles provoqués par l'acétate de thallium sont graves, on en a cité de mortels; avec albuminurie et anasarque *per os*, on se trouvera en présence d'une néphrite aiguë grave terminée par la mort; par la peau, ce seront surtout des accidents nerveux : polynévrites surtout marquées aux membres inférieurs. Il semble de ce fait que les accidents d'acétate de thallium soient comparables à ceux du plomb; ils en donnent même les coliques caractéristiques et il est curieux d'observer, combien tous ces accidents, dûs à des soucis de coquetterie, sont de type clinique à peu près superposables.

Pour illustrer par un exemple un type d'intoxication générale par l'acétate de thallium, qu'il nous suffise ici de rappeler une observation curieuse et pittoresque de M. L. Ramond, parue dans la *Presse médicale*, 25 mai 1929, qui montre très bien les troubles qui peuvent survenir à la suite de son emploi, et les très grandes difficultés de diagnostic que cette intoxication impose, quand l'étiologie n'est pas précisée.

Tiré de *La Presse médicale*, n° 42, 25 mai 1929, p. 691.

Un beau dimanche d'octobre dernier, une jeune et jolie Cubaine de 20 ans, va passer son après-midi au cinématographe. Elle y arrive pleine de santé, elle en revient vers 5 heures, torturée par de vives douleurs abdominales, accompagnées de vomissements. Elle se couche aussitôt. Elle ne cesse de gémir tant elle souffre du ventre, des reins et des membres inférieurs.

Son médecin, immédiatement accouru auprès d'elle, ne constate rien d'objectif et conclut à des manifestations d'une simple indigestion favorisée par l'atmosphère confinée et chaude de la salle de spectacle. Il conseille le repos au lit et la diète hydrique pendant 24 heures.

La nuit suivante est très mauvaise, les souffrances dans les membres inférieurs, à l'épigastre, dans les lombes sont abominables. Les vomissements sont presque incessants, verdâtres, porracés, véritablement « péritonéaux ».

Aussi le médecin traitant, quand il revient le lendemain matin, ne peut-il s'empêcher de penser à une *réaction péritonéale* secondaire à une appendicite ou à une « pelvipéritonite d'origine génitale » et cela d'autant plus, que le ventre normal d'apparence, est cependant sensible à la palpation et un peu dur, légèrement sur la défensive.

Il demande donc un avis chirurgical, bien qu'il doute beaucoup de la péritonite à cause des caractères du pouls, non accéléré et bien frappé et de l'apyrexie complète.

Le jour même, dans l'après-midi, une consultation a lieu, entre lui et un jeune chirurgien des hôpitaux des plus brillants. Celui-ci examine avec grand soin l'abdomen et le pelvis de la malade, et déclare ensuite, qu'il n'y a rien de chirurgical dans son cas. Après quoi, il se lave les mains — comme Ponce Pilate ! — et laisse à la médecine le soin de découvrir la véritable nature du syndrome actuel.

En attendant, les douleurs lombo-abdominales et dans les membres inférieurs restent aussi violentes, en dépit des enveloppements humides, chauds sur le ventre et de l'administration de potions ou de cachets anti-névralgiques les plus variés.

Du reste ces médicaments sont rejetés aussitôt après leur absorption, car l'intolérance gastrique est absolue. On en est réduit à faire des injections de morphine pour apaiser de telles souffrances. L'insomnie reste complète et le jour comme la nuit, ce ne sont que gémissements continuels entrecoupés de cris aigus, au moment des exacerbations douloureuses paroxystiques.

\*  
\* \*

Cela ne peut durer ainsi ! A la demande de la famille, une nouvelle consultation chirurgicale a lieu. Elle est donnée le mercredi matin par un professeur universellement réputé. Comme son jeune collègue, ce chirurgien est d'avis que cette Cubaine n'a pas dans le ventre ou dans le bassin une affection chirurgicale responsable de ses douleurs en ceinture, de ses algies des membres inférieurs, de ses vomissements. Il se déclare, d'ailleurs incompetent pour donner un nom à une maladie qui relève, d'après lui, de la médecine pure.

\*  
\* \*

On se décide alors, à faire venir un consultant de médecine générale.

Il vient le jeudi, sous la forme d'un professeur agrégé, particulièrement distingué. A ce moment l'agitation de la malade est extrême. On l'entend constamment se plaindre : « Que je souffre. Aïe ! Aïe ! soulagez-moi ! Oh ! là ! là ! ... ne me touchez pas !... » Elle se tord de douleur sur son lit, les yeux roulant dans les orbites et ne laissant apercevoir que leur « blanc » tant ils sont révoltés par la souffrance. Et avec cela, l'examen, le plus attentif, ne révèle aucun symptôme morbide objectif. Les vomissements sont, du reste, plus rares, bien qu'ils persistent et restent verdâtres. La fièvre fait toujours complètement défaut.

Toutes ces constatations amènent le nouveau consultant à penser que la plus grande partie du tableau clinique est vraisemblablement la conséquence de réactions nerveuses de nature pithiatique, greffées sur une affection organique, sans doute peu importante et encore cachée, mais qui ne tardera pas à se révéler. Somme toute,

à son avis et malgré les apparences, le cas est sans aucune gravité et doit guérir bientôt. Cette opinion rassure et calme l'entourage. Malheureusement, la thérapeutique prescrite à la suite — lavements d'antipyrine et de laudanum, aspirine, injections de morphine — n'a pas la moindre action sédative sur les douleurs de la patiente.

Et le supplice continue toujours !

\*  
\* \* \*

Le lundi suivant — huit jours après le début des accidents — c'est à mon tour d'être appelé auprès de cette jeune fille.

Dans une pièce voisine de sa chambre, son médecin me met au courant des événements que je viens de vous raconter, et pendant tout le temps de notre entretien, j'entends à travers la cloison les plaintes qu'exhale sans trêve la pauvre enfant. Enfin je suis introduit dans sa chambre. Sur un divan-lit très bas, placé dans un angle de la pièce, devant sa mère éplorée et son père en détresse, se tord littéralement une adolescente dont les traits sont crispés par la souffrance. Elle n'arrête pas de gémir. Elle a les yeux révulsés entièrement derrière des paupières largement ouvertes, la tête renversée en arrière, mais pas assez pour ne pas laisser voir qu'elle est blonde et qu'elle a une chevelure — coupée court, certes ! — mais épaisse et ondulée.

Elle se plaint de souffrir atrocement dans le dos, dans le ventre à l'épigastre, en ceinture autour de la taille, enfin dans les membres inférieurs. Elle n'éprouve pas de douleurs dans le thorax, la tête et les membres supérieurs. Elle n'a pas de paralysie. Elle soulève ses deux membres inférieurs, mais elle souffre quand on les lui touche ou quand on cherche à les immobiliser. Les réflexes achilléens et rotuliens sont normaux.

Il n'y a pas de troubles sphinctériens. Les mictions sont faciles et les urines sont normales. Grâce à un lavement quotidien, une selle sans caractères pathologiques est évacuée chaque jour.

Les membres supérieurs sont absolument indemnes de troubles. L'abdomen est parfaitement souple. La langue est humide. La pression artérielle, le cœur, les poumons sont normaux. L'apyrexie est complète.

En vue de révéler une paralysie commençante des membres inférieurs je demande qu'on fasse lever cette jeune fille pour savoir si ses jambes sont capables ou non de la soutenir. On ne réussit qu'à grand'peine à la mettre sur ses pieds, non sans de véhémentes récriminations et des cris de sa part. Elle ne s'effondre pas, elle reste debout, mais ne peut faire un seul pas. On doit, du reste, interrompre très vite cet exercice qui provoque une lipothymie et des vomissements porracés. On s'empresse de la recoucher à plat dans son lit.

\*  
\* \* \*

A la suite de mon examen je m'isole de nouveau avec le médecin traitant pour discuter le diagnostic.

a) Je veux bien admettre — comme mon prédécesseur et à cause de l'importance des manifestations extérieures telles que cris, gémissements, attitude arquée du tronc et de la nuque, révulsion des globes oculaires, que le pithiatisme et l'exagération jouent un certain rôle dans le syndrome actuel, mais je l'estime accessoire. Le facteur primordial du tableau morbide ici présent est certainement une affection organique qu'il reste à qualifier.

b) Il était naturel de soupçonner un syndrome péritonéal à cause des caractères et de l'importance des douleurs épigastriques et des vomissements. Mais les deux chirurgiens précédemment consultés n'ont pas trouvé de signes de péritonite, et je n'en ai pas découvert davantage. L'apyrexie complète ne cadre pas non plus avec le diagnostic de péritonite.

c) L'acuité extrême des douleurs m'a fait penser un instant à une forme algique de nevraxite épidémique. Cependant j'écarte ce diagnostic en raison de l'absence de tout autre symptôme d'encéphalite léthargique : il n'y a ni fièvre, ni myoclonies, ni paralysies oculaires, ni somnolence.

d) L'idée d'une crise gastrique du tabès, a germé dans mon esprit à cause des douleurs en ceinture, des vomissements porracés, des crises douloureuses, lancinantes et térébrantes des membres inférieurs. Mais cette malade est bien jeune pour être atteinte de tabès, et elle n'a aucun signe de cette affection médullaire : ses réflexes

achilléens et rotuliens sont conservés, ses réflexes pupillaires à la lumière existent.

c) Cependant, puisque mon attention a été attirée vers une lésion possible du système nerveux central chez un sujet apyrétique, il me semble légitime de soulever ici l'hypothèse d'une *syphilis héréditaire* ayant atteint les racines postérieures. En conséquence, je propose d'instituer un traitement spécifique d'épreuve et, d'accord avec le médecin traitant, je prescris : un suppositoire mercuriel quotidien, une injection bi-hebdomadaire d'acétylarsan; nonobstant la continuation des préparations antinévralgiques et des injections de morphine.

\*  
\* \*

Je revois cette adolescente huit jours plus tard, le quinzième jour de la maladie — les douleurs ont la même acuité, les vomissements persistent; les gémissements et les cris se font constamment entendre. Un fait nouveau — et d'importance ! — est venu confirmer la localisation de la maladie sur le système nerveux : il existe une *paraplégie légère* prédominant aux extrémités et au niveau des extenseurs; les deux pieds — le droit plus que le gauche — sont tombants et ne peuvent être redressés, tandis que les deux jambes peuvent encore, quoique péniblement, être détachées du plan du lit. Les réflexes rotuliens et achilléens sont complètement abolis. Il n'y a toujours aucun trouble sphinctérien.

Une telle paraplégie ne peut être le fait que d'une polynévrite ou d'une poliomyélite.

a) En faveur de la polynévrite, je remarque : la symétrie des paralysies, leur localisation aux extrémités, leur prédominance sur les extenseurs, l'importance des phénomènes algiques, les douleurs superficielles et profondes au palper des membres inférieurs, l'absence de fièvre et des troubles sphinctériens.

Mais contre elle, on peut faire état de l'absence de toute cause reconnue — infectieuse, toxique ou auto-toxique — susceptible de lésier les nerfs périphériques, et surtout l'existence de douleurs thoraco-abdominales en ceinture, de vomissements verdâtres et porracés, qu'on ne comprend pas si l'on admet la polynévrite et

qui s'expliquent mieux si l'on situe le mal sur la moelle dorso-lombaire.

b) Nous nous rangeons donc, le médecin traitant et moi, à l'idée que nous avons affaire à une forme basse de névraxite épidémique. Nous suspendons le traitement spécifique — dont l'effet a été nul — et nous soignons notre jeune Cubaine comme une encéphalitique par des injections quotidiennes intraveineuses de salicylate de soude en sérum glucosé et par l'injection d'uroformine associée au benzate de soude.

\*  
\* \*

Au bout d'une semaine de ce traitement, la situation n'a pas changé au point de vue des douleurs et des troubles digestifs, mais la paraplégie s'est accentuée. Maintenant les deux membres inférieurs en entier sont absolument inertes. Devant le peu d'action du traitement interne — le diagnostic de poliomyélite paraissant par ailleurs se confirmer — je propose d'ajouter à la thérapeutique médicamenteuse un traitement radiothérapique sur la moelle et diathermique sur les membres paralysés suivant la méthode de Bordier.

Avant mon départ, la mère de notre petite cliente me fait remarquer en le déplorant, que sa fille perd ses cheveux et elle m'en montre quelques touffes blondes qu'elle a recueillies dans une boîte à chaussures. J'avoue que ce détail me paraît alors de peu d'importance en comparaison de l'intensité des troubles nerveux, et je n'y prête guère attention.

\*  
\* \*

Ma proposition de traitement électrique a effrayé les parents. Ils n'ont pas voulu en commencer l'application sans prendre l'avis de deux éminents professeurs à la Faculté — aujourd'hui disparus, hélas ! — Ces deux maîtres se réunissent *dès le jour suivant* au chevet de notre malheureuse paraplégique.

Après examen, ils émettent tous deux l'opinion que l'on est bien en présence d'une névraxite épidémique à forme basse. Ils décon-

seillent tout traitement électrique, font interrompre les injections intraveineuses de salicylate de soude (assez mal supportées par la malade, il est vrai) suppriment l'uroformine. Ils ordonnent la prise trois fois par jour d'une petite quantité de la solution Saline de Bourget et l'absorption de cachets de phytine et d'aspirine.

Et les douleurs de continuer de plus belle, les vomissements d'être rejetés avec les mêmes efforts, la paralysie de s'étendre davantage et de se compléter.

\*  
\* \*

C'est à moi que de nouveau on fait appel quelques jours plus tard — un mois exactement après le début de la maladie.

En entrant dans la chambre, mes regards se portent instinctivement vers le lit de la malheureuse que je sais exposée à ce martyre épouvantable qui la torture depuis quatre semaines.

Quel spectacle alors s'offre à mes yeux ! J'en reste d'abord ébahi. Qu'est donc, en effet, devenue la belle jeune fille à l'abondante chevelure blonde que j'avais coutume de voir ? Je n'ai plus devant moi qu'un crâne complètement glabre, lisse et reluisant, une vaste bille de billard, un œuf d'autruche. Les parents lisent mon étonnement sur mon visage : « Oui, me disent-ils, tous les cheveux sont tombés en quelques jours, par grandes poignées à la fois. Tenez, les voilà ! » Et ils me montrent de nouveau la boîte à chaussures qu'ils m'avaient présentée à ma précédente visite avec quelques touffes de cheveux. Elle est pleine maintenant à déborder des admirables cheveux blonds qui paraient encore une semaine auparavant le vertex, aujourd'hui dénudé de notre pauvre malade.

En dehors de l'alopecie, aucun fait nouveau ne s'est manifesté depuis mon dernier examen. J'ai l'impression, cependant, que je vais bientôt aboutir au diagnostic que nous cherchons vainement depuis un mois.

Effectivement, l'alopecie de cette jeune fille est incontestablement sous la dépendance de la même cause que ses troubles nerveux. Elle est si nette, ses caractères sont si tranchés que nous

allons sans doute pouvoir retrouver son facteur étiologique, et du même coup, découvrir la véritable nature du syndrome nerveux, digestif et décalvant dont souffre cette malheureuse enfant.

Une pareille chute de cheveux, aussi rapide, aussi totale, aussi absolue, ne se voit qu'à la suite des maladies infectieuses et en particulier, on n'en a jamais vu de semblable dans l'encéphalite épidémique, affection dont nous pensions jusqu'ici notre malade atteinte.

Vraiment, je ne connais que deux circonstances dans lesquelles on puisse observer une telle dépilation.

1° Après la radiothérapie sur le cuir chevelu;

2° Après l'absorption de sels de thallium.

On n'a jamais fait d'applications de rayons X à cette jeune étrangère.

S'agirait-il donc d'une intoxication par les sels de thallium?

\*  
\* \*

A peine me suis-je posé cette interrogation que je me souviens d'avoir lu le mot thallium sur un pot de pommade qu'on m'a montré lors de ma toute première consultation, sans que j'aie bien compris alors — vu mon ignorance de la langue espagnole et l'imperfection de la langue française parlée par la famille — pourquoi on me le tendait. Je demande donc à revoir ce pot, et je lis sur son étiquette une formule dans laquelle l'acétate de thallium entre pour 0 cg. 75 dans 30 gr. d'excipient.

Cette prescription a été donnée à la malade par une de ses amies. Depuis trois mois, elle s'en est appliqué tous les soirs une couche sur le menton pour détruire quelques poils disgracieux. Elle en a usé, me dit-on, 4 pots et 2 tubes. Circonstance aggravante et qui explique l'intensité des accidents actuels, la pommade a été tout dernièrement mise sur le derme dénudé par la vésication produite au préalable par une lotion également dépilatoire.

Dans ces conditions, il n'y a plus de doute : le tableau clinique réalisé par cette jeune étrangère est dû à une intoxication par l'acétate de thallium. De ce fait, le thallium est un des métaux les plus toxiques. Il peut déterminer des troubles à la suite d'empoisonne-

ments criminels par certaines « mort aux rats », mais le plus souvent l'intoxication succède à l'absorption de l'acétate de thallium donné dans un but thérapeutique.

Ce sel est un antisudoral puissant et fidèle dans son action, et il a été employé d'abord contre les sueurs des tuberculeux. On a dû, malheureusement, renoncer à le prescrire à cause de ses dangers, car il peut provoquer, même à des doses faibles, des alopecies et de vives douleurs à type polynévritique dans les membres inférieurs.

Ses propriétés décalvantes l'ont fait ensuite proposer par Sabouraud pour dépiler les teigneux. Là, encore des accidents toxiques, douloureux, paralytiques, digestifs ou cardiaques, ont fait abandonner son usage et lui ont fait préférer la radiothérapie. Cependant, pendant la guerre, l'impossibilité où l'on s'est trouvé, en maints endroits, d'avoir des services radiothérapiques à bon fonctionnement, a fait généraliser l'emploi de l'acétate de thallium dans le traitement des teignes, notamment en Russie et au Mexique. Ainsi, l'on a pu fixer exactement la posologie de ce remède et les caractères des accidents toxiques qu'il peut engendrer.

En premier lieu, on s'est rendu compte que l'acétate de thallium est beaucoup plus toxique chez l'adulte que chez l'enfant, et ne doit pas être prescrit au-delà de la puberté.

La dépilation qu'il provoque se fait, comme dans notre cas, par la chute des cheveux en larges touffes, laissant des places glabres d'aspect peladique qui ne tardent pas à fusionner. L'alopecie est complète en 8 à 10 jours.

L'intoxication se traduit généralement par une polynévrite très douloureuse, prédominant aux membres inférieurs, et qui apparaît dès les premiers jours de l'empoisonnement, bien avant l'alopecie. Elle s'accompagne de douleurs abdominales, de vomissements, de pâleur, témoins de l'atteinte du sympathique par le thallium. Tous ces caractères ne sont-ils pas ceux du syndrome réalisé chez notre malade ?

\*  
\* \*

Le pronostic à porter dans le cas actuel était relativement favorable, au moins *quoad vitam*.

On n'a rapporté qu'un seul cas mortel, consécutif à une intoxication criminelle par le thallium. Généralement les accidents guérissent, mais très lentement. Quant à la repousse des cheveux, elle commence d'habitude au bout de trois à quatre semaines, rarement au bout de deux mois; elle n'est complète quelquefois qu'après six mois,

\* \* \*

Le traitement a consisté, chez notre petite malade à favoriser l'élimination du poison par des *diurétiques* (tisanes, nitrate de potasse sirop des cinq racines).

Sur l'avis d'un nouveau consultant, on a pratiqué des injections intraveineuses, tous les deux jours d'hyposulfite de soude au 1/5 en ampoules de 5 cmc. et des injections intramusculaires deux fois par semaine de gluconate de chaux.

Ultérieurement on a mis, en œuvre toutes les ressources de l'électrothérapie (diathermie, rayons X, galvanothérapie). Tout cela sans résultats appréciables.

Finalement, au bout de cinq mois, la malade encore paralysée, les membres inférieurs atrophiés, les membres supérieurs maladroits, le crâne toujours décalvé, a été ramenée dans son pays natal.

Les Américains ont eu à déplorer quelques cas de polynévrites avec névrites optiques produites par une intoxication due au thallium, à la suite de l'emploi prolongé d'une crème de beauté appelée « Koremlu Cream »; nous n'en donnerons pas les observations, au nombre de trois, que nous signalons d'ailleurs dans notre bibliographie, leur nomenclature en champ visuel et en acuité visuelle étant tout à fait différente de la nôtre, nous nous contenterons de citer leurs conclusions.

« Les complications oculaires de l'intoxication par l'acétate de thallium sont rares, mais des faits cliniques et expérimentaux montrent l'effet distinct, toxique du thallium sur l'œil.

Des cataractes, kératites, névrites et atrophies optiques peuvent être causées par une intoxication de thallium.

## CHAPITRE III

### IRRITANTS MECANIQUES

Il semble qu'en dehors de toute application de produits chimiques, l'épilation mécanique puisse déterminer des affections cutanées caractéristiques, notamment aux sourcils dont l'épilation est devenue à la mode ces temps derniers.

Comment cette opération se pratique-t-elle ?

Elle consiste en principe, avec une pince à épiler, à arracher un à un, les poils des sourcils, jusqu'à en faire une ligne d'une infime minceur ; mais comme le plus souvent, les sourcils ne sont pas assez foncés, pour que cette ligne soit suffisamment visible, on l'accuse d'un trait de crayon gras, que l'on prolonge en de capricieuses arabesques.

Chaque femme a pour ainsi dire ses procédés personnels : l'une se servira de la pince à épiler, l'autre d'un rasoir, mais presque toutes finissent cette petite opération en mouillant de leur salive le crayon gras, qu'elles promènent ensuite le long de la ligne idéale qu'elles se proposent de tracer.

Certaines élégantes, cependant, remplacent les crayons gras, pas assez noir à leur goût, par du bouchon brûlé.

Que de causes d'irritation !

L'épilation et le rasage, l'un et l'autre septiques, amènent déjà à eux seuls d'innombrables et minuscules lésions cutanées ; nous devons penser qu'avec la salive, le crayon gras et le bouchon brûlé, les germes transportés et les produits chimiques irritants trouveront là toutes les circonstances pathologiques, pour réaliser un tableau clinique complet.

On observe des furoncles des sourcils, à répétition, inexplicables au premier abord, ne cédant pas aux vaccins usités,

seule l'épilation en est cause; des eczémas pustuleux, séborrhéiques, des abcès de la région sourcilière.

Si nous observons minutieusement, en chambre noire, la surface sourcilière de toute femme coquette qui s'épile, nous voyons à la loupe de minuscules lésions irritatives qui ne demandent qu'à se développer, et presque toujours, des cicatrices de furoncles, que la malade ne veut pas avouer car elle en devine la cause.

Enfin ces irritations mécaniques seront un excellent terrain de pénétration, des irritants chimiques, lorsque les sourcils épilés seront teints (Cf. *supra*, Lésions oculaires consécutives à la teinture des cils et sourcils).

*Observation et photographie communiquées par le professeur Marquez (Madrid) que nous remercions.*

J. H..., 13<sup>e</sup> ans, Madrid, abcès<sup>e</sup> du sourcil.



Il y a 4 jours, que la région sourcilière commence à enfler avec de fortes douleurs.

La veille elle s'était épilé les sourcils.

Sur la région sourcilière droite, et s'étendant à la paupière inférieure du même côté, une tuméfaction aiguë, intense et dure à la palpation s'était formée; la médication antiphlogitisque fut ordonnée qui provoqua un peu de fluctuation purulente à la partie médiane du sourcil.

Traitement : Incision parallèle du sourcil avec écoulement d'une assez grande quantité de pus; drainage pendant 3 jours et guérison 5 jours après.

*Observations inédites dues à l'extrême obligeance du professeur Teulières, qui nous a guidé durant tout ce travail.*

1. Mme D..., 25 ans, vient à ma consultation en février 1932 pour abcès en formation au niveau de la partie moyenne de la paupière supérieure gauche. Cet abcès avait une allure torpide semblable à un kyste sébacé enflammé. Cinq jours plus tard, l'abcès était devenu plus volumineux et la peau était violacée et adhérente tout autour; la région sourcilière était œdématiée et rouge.

Incision qui donne issue à un pus gris jaunâtre et filant. La paroi de l'abcès épaisse, infiltrée et d'aspect lardacé, est curettée. Pansements humides. Guérison en quelques jours. Deux mois plus tard, formation d'un nouvel abcès au niveau de la tête du sourcil, mais du côté droit. Début par une petite élevation jaunâtre comme un point de folliculite. Même traitement que pour le côté gauche : incision, curettage de la poche et pansements humides. Guérison en quelques jours.

Après interrogatoire de la malade, nous apprenons que ces abcès étaient consécutifs à l'épilation des sourcils.

2. Mlle A..., 38 ans, vient à la consultation en août 1934 pour un cas de folliculite de la tête du sourcil gauche qui ne tarde pas à se transformer en un véritable furoncle.

Cette lésion est consécutive à l'épilation du sourcil. Incision. Pansement à l'antiphlogistine et guérison en quelques jours.

## QUELQUES REFLEXIONS

Toutes ces affections que nous venons de décrire, affections oculaires, générales, cutanées, dues à l'emploi de fards, produits de beauté divers, lésions provoquées par bains de soleil intempestifs, justifient de deux traitements, l'un prophylactique, l'autre curatif.

Nous n'insisterons pas sur les traitements curatifs préconisés, ce sont tous des traitements symptomatiques; calmer la douleur par des analgésiques, l'inflammation par des antiphlogistiques.

Les intoxications par les teintures à base de plomb, pourront bénéficier du traitement adéquat, celles d'origine plus ou moins connue seront traitées comme toutes intoxications dont on ne connaît guère la cause; c'est dire que notre thérapeutique ne sera guère efficace.

Mais il est un traitement au sujet duquel nous nous permettrons d'élever la voix, car c'est le seul qui compte, le seul qui aurait une réelle efficacité, c'est le traitement prophylactique de ces affections. Ce serait d'éclairer la foule, qui pour de simples motifs de vanité, s'intoxique stupidement avec des produits dont elle ne connaît pas le danger, lui dire de renoncer à s'exhiber sans discernement au soleil, que le bain de soleil est un remède, et que comme tous les remèdes il a besoin d'être dosé; qu'enfin il n'est pas déshonorant de paraître son âge, et qu'il est dangereux de le masquer et tâcher de lui faire goûter les vers de Tibulle (Elégie IV, livre I).

*Aeu ! sero, revocatur amor, seroque juvenla.  
Quum velus, infecit cana senecta caput,  
Tum studium formae, coma tum mutatur ut annos  
Dissimulet viridi cortice tincta nucis. »*

Hélas ! il est trop tard, pour rappeler la jeunesse et l'amour quand l'âge a blanchi notre tête. Vainement on regrette sa beauté perdue, vainement on dissimule ses ans en teignant sa chevelure avec l'écorce verte de la noix ».

Mais ne nous faisons pas trop d'illusions cependant, ce que le snobisme et la mode ont marqué de leur sceau devient quasi-sacré, et les habitudes prises se perdent difficilement, surtout quand elles sont mauvaises, aussi craignons-nous fort, que malgré la nocivité démontrée de ces diverses pratiques « il y ait toujours plus de choses, par le ciel et sur la terre que dans toute notre philosophie ».

---



## CONCLUSION

---

Nous voyons donc que le snobisme et la mode, poussés trop loin, exposent notre organisme à de cruelles rançons.

1° Les bains de soleil, pris sans discernement, avec le seul souci d'exhiber ses formes et de bronzer son corps par une exposition prolongée, vont provoquer des troubles généraux, hépato-digestifs, cutanés, oculaires.

2° Les fards, rouges pour lèvres, crèmes, donneront dans les formes légères de simples dermites ; dans les formes graves, des tuméfactions de la face, des phénomènes eczémateux, de la suppuration et même de la fièvre, des accidents urémiques, de l'albuminurie.

3° Les teintures capillaires, par les composants chimiques toxiques qu'elles contiennent, exposeront à des dermites, de graves phénomènes d'intoxication générale, de sérieuses conjonctivites, blépharites, dermites palpébrales.

4° Les colorants des cils et des sourcils (teintures, crayons gras) seront la cause de lésions oculaires soit bénignes, blépharo-conjonctivites, soit graves, kératites, ulcères de la cornée, avec toutes leurs séquelles.

5° Les pâtes épilatoires, surtout à base d'acétate de thallium, pourront donner des troubles généraux graves avec polynévrites et même des névrites optiques rétrobulbaires.

A quoi sont dues toutes ces lésions ?

1° Irritants physiques : le soleil. Il semble que les phénomènes généraux graves, consécutifs à une exposition prolongée au soleil, soient dus à des phénomènes de con-

gestion intense qui, chez des surmenés, insuffisants hépatiques, pourront donner des troubles hépato-digestifs graves, susceptibles de se terminer tragiquement.

Les dermites seront dues à de simples brûlures, se compliquant.

Les accidents oculaires à des phénomènes de photo ou actino-sensibilisation.

## 2° Irritants chimiques.

Comment les teintures, fards et poudres peuvent-ils donner les lésions que nous avons tenté de décrire ?

Il semble que les teintures, à base d'aniline, de paraphénylène, d'amine, agissent par les produits excessivement toxiques qu'elles renferment.

Mais, vu la quantité et la variété des teintures capillaires vendues par les coiffeurs et parfumeurs, teintures employées à profusion, et les accidents rares observés par rapport au nombre de ceux qui s'y exposent, on est obligé d'admettre un autre concours de circonstances.

C'est là, pensons-nous qu'il faut faire intervenir une question d'idiosyncrasie.

Il semble en effet que les dermites graves observées demandent une sensibilité idiosyncrasique de la peau, car la même préparation déclanchant des accidents chez l'un sera inoffensive chez l'autre.

Brocq signale l'intolérance des arthritiques; d'autres pensent que c'est l'insuffisance hépatique qui est en cause.

Ces irritants chimiques seront pernicieux, surtout chez les séborrhéiques et chez les sujets transpirant facilement, car les produits toxiques se dissolvent dans la sueur et n'en pénètrent que mieux dans l'organisme.

Les troubles généraux seront d'autant plus graves que les sujets présentent un état de fragilité rénale ou hépatique.

Nous pensons qu'une notion domine toute cette question et la résume : c'est celle de l'idiosyncrasie et de l'allergie cutanée.

Cette idiosyncrasie peut se manifester d'emblée chez des arthritiques, insuffisants rénaux, hépatiques ou thyroïdiens; mais nous pensons qu'elle peut s'acquérir à la longue par les irritations répétées et chroniques auxquelles le sujet s'expose, car, disons-nous bien, que les teintures, fards et autres irritants sont appliqués tous les jours et même plusieurs fois par jour.

Des érosions minuscules, suivies de pénétration progressive du produit, finissent par allergiser le sujet; et un beau jour, des troubles se déclareront; le sujet sera dès lors sensibilisé à de telles substances et, s'il persiste de nouveau dans son erreur première, de véritables chocs anaphylactiques pourront se déclancher.

Les lésions oculaires, telles que conjonctivites, kératites, ulcères de la cornée, pourront s'expliquer de même manière, car n'oublions pas que conjonctive et cornée, composées embryologiquement d'ectoderme, peuvent fort bien obéir aux lois encore mal connues de l'allergie cutanée.

\*  
\*\*

Nous avons émis plus haut le vœu que le public soit averti de la nocivité, qu'il ne soupçonne pas, de ces produits; mais quelque chose de plus efficace serait à faire: tâcher que les plus toxiques d'entre eux ne soient pas répandus aussi facilement et exercer sur eux un contrôle rigoureux.

Vu :

*Pour le Doyen,  
l'Assesseur,  
LABAT.*

Vu, bon à imprimer :

*Le Président,*

M. TEULIÈRES

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 6 Juillet 1935.

*Le Recteur de l'Académie,*

A. TERRACHER.



## BIBLIOGRAPHIE

- Alexander.** — « Lore of perfumes, aromatics, cosmetics and soaps; uses and physical action of odours », *Medical Press*, 130, 245, 24 septembre 1930, 263, 10 octobre 1930.
- Audry-Valdiguié.** — « La cheilite du rouge », *Bulletin de la société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 35 p. 623, juillet 1928, *addendum*, 35, 923, décembre 1928.
- Bardelli.** — « Conjonctivites allergiques », *Bolletino d'oculistica*, juin 1928, p. 612.
- Bickel.** — « Composition and pharmacologic action of « amor skin » cosmetic preparation », *Dermat. Wosch.*, 86, 849, 852, 30 juin 1928.
- Bouquet.** — « Produits de beauté tunisiens », *Bulletin des sciences pharmacologiques*, n° 2, février 1934.
- Bourbon.** — « Severe eye symptoms due to dyeing the eyelashes », *J., A., M., A.*, p. 1559, 1560, n° 20, 11 novembre 1933.
- Brocq.** — « Les éruptions causées par les teintures à base de paraphénylène diamine et de diamido phenol », *Presse médicale*, 36, 1115, 1116, 1<sup>er</sup> septembre 1928.
- Buzzo, Caratala, Martinez.** — « Intoxicaciones crónicas determinadas par la parafenilene diamina », *Rev. de criminolog., Psiquiatr. y med. leg.*, 18, 427, 433, juillet 1931.
- Cally.** — « Corneal ulceration following use of Lasch. Lure », *The journal of the American. M. Association*, p. 1560, 1561, n° 20, 11 novembre 1933.
- Cole.** — « Investigations of injuries from hair dyes dyed furs and cosmetics », *J. A. M. A.*, 88, 397, 399, 5 febr. 1927.
- Close.** — « Case of poisoning from hair dyes paraphenylenediamine », *M. J. Australia*, 53, 54, 1932.
- Colombo.** — « La thérapeutique de la conjonctivite printanière,

- la lumière, cause déterminante de la maladie », *Annales d'oculistique*, p. 370, 379, mai 1931.
- Csillag.** — « Animal charcoal in solar eczema », *Dermat. Wochs.* 95, 1938, 1939, 10 septembre 1932.
- Dubreuilh.** — « Dermatoses par insolation », *Gazette des Hôpitaux*, 11 septembre 1920.
- Dufestel.** — *Ultra-violets et chaleur irradiante, eczéma solaire*, Legrand, éditeur, Paris, 1928, p. 54 et 354.
- Duhot.** — « De quelques accidents pouvant survenir au bain », *Presse médicale climatique*, 1<sup>er</sup> juin 1931.
- Felt.** — « Evaluation of non surgical methods, in the treatment of cosmetic skin disorders », The society of plastic Reconstructive surgery, New-York, *Academy of Medicine*, Arch, 30 th. 1933. In : *Revue de chirurgie plastique*, 2 août 1933.
- Forbes, Blake, Tampa, Fla.** — *Fatality resulting from the use of « Lash-Lure », on the eyebrow and eyelashes.*
- Fortig.** — « Uber strichfornige Bullose dermatitis, durch uferpflanzen », *Dermat. Wochs.*, 86, 538, 539, 21 avril 1928.
- Frendenthal.** — « Tabacco alcohol, and cosmetics, in their relation to upper respiratory trac », *Laryngoscope*, 37, 217, 230, mars 1927.
- Goodman.** — « Cosmetics and your skin », *Hygiea* 8, 123, 125, feb., 1930.
- « Cosmetics foollies », *Hygiea*, 10, 1074, 1077, décembre 1932.
- « Perfume dermatitis; case report with rewiew of literature and bibliography », *Brit. J. Dermat.*, 43, 177, 184, avril 1931.
- Gougerot et Lortat-Jacob.** — « Eczéma linéaire déclenché par une teinture à base de paraphénylène-diamine. Hypothèse de zones fragiles, noevisques, linéaires invisibles », *Bull. soc. franç. de Dermat. et syph.*, 41, 405, 408, mars 1934.
- Gougerot.** — « Eczémas et dermites par fards « argent » à base d'aluminium, Idiosyncrasie et sensibilisation », *Bull. soc. française de Dermat. et syph.*, 40, 110, 111, janvier 1933.
- « Eczéma anaphylactique par un fard à base de brun soudan et d'un sel de cobalt », *Bull. société française de Dermat. et syph.*, 37, 1274, décembre 1930.

- Greenbaum.** — « Dermato-conjunctivitis due to Lash-Lure, an eyelash and eyebrow dye », *The J. of A. M. A.*, p. 363, 364, n° 5, 29 juillet 1933.
- Gross et Robinson.** — « Berlock dermatitis unusual dermatitis and pigmentation following use of perfume », *Syphil.*, 21, 637, 641, avril 1930.
- Guérin et Donnadieu.** — « Heliothérapie et pigmentation », Réunion d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur de Bordeaux, n° 8, 20 mars 1933.
- Harner.** — « Dermato-ophtalmitis due to the eyelash, Dye « Lash-Lure », *J. A. M. A.*, page 1558, 1559, n° 20, 11 novembre 1933.
- Hollander.** — « Dermatitis of upper eyelids, due to use of hair tonic wildroot hair tonic) *J. A. M. A.*, 97, 1384, 7 novembre 1931.
- Jamieson.** — « Eyelash Die (Lash-Lure) Dermatitis with conjunctivitis », *The J. A. M. A.*, p. 1560, n° 20, 11 novembre 1933.
- Jausion et Guilbaud-Vallée.** — « Deux cas d'hydroa vésiculeux provoqués par le soleil », *Bulletin médical*, n° 12, 25 mars 1933.
- Jausion, Gibert, Carrot.** — « Un cas d'eczéma solaire spontané », *Bulletin de soc. française de dermatol. et syph.*, p. 9, 14 janvier 1931.
- Jersild.** — « Début de psoriasis avec localisation aux parties hâlées de la peau », *Annales de Dermat. et de syph.*, 8, 725, 27, décembre 1927.
- Johnson.** — « Dermatitis due to tincture of green soap », *Arch. Dermat. et syph.*, 27, 104, janv. 1934.
- Jones (Alden).** — « Cosmetics Dermatology », *J. A. M. A.*, *Georgia*, 22, 45, 49, feb. 1933.
- Koutseff.** — « Des conjonctivites médicamenteuses », Société d'ophtalmologie de l'Est de la France, séance du 28 mai 1933. in *Revue médicale de l'Est*, n° 7, 1<sup>er</sup> avril 1931.
- Kenna (Mac).** — « Modern preparation chemical composition pathological developpements attributable to them », *Briti. M. J.*, 899, 902, 17 mai 1930.
- Krapa.** — « A propos de l'article de Bab. sur les troubles oculaires par soins de beauté », *Klinische Monats blaetter für Angenheil Kunde*, tome 81, page 94, 1928.

- Lain.** — « Cosmetic eruptions », *South. M. J.*, 25, 718, 722, juillet 1932.
- Lane et Strauss.** — « Toilets water Dermatitis with especial reference to Berlok dermatitis », *J. A. M. A.*, 95, 717, 719, 6 sept. 1930.
- Larabi.** — « L'action cancérogène de la lumière solaire », *Rev. de path. comparée*, 32, 757, 855, juillet et août 1932.
- Lerner.** — « History of feminine beauty fixation », *Arch. Dermat. et syph.*, t. 26, 1022, 1031, décembre 1931.
- Mahoney.** — « Retrobulbar neuritis due to the thallium poisoning from depilatory cream (3 cases) *J. A. M. A.*, 78, 618, 620, 20 fév., 1932.
- Mazzardi.** — « Lésion cornéenne en foyer par action combinée d'une pommade contenant du plomb, et des acides gras, avec de l'iode ingéré et excrété par les larmes »,  
— « Etude clinique expérimentale et histologique », *Bolletino d'oculistica*, page 441, n° 5, mai 1928.
- Meniere.** — *Les vêtements et les cosmétiques*, thèse de Paris, 1837, in-4°.
- Moran.** — « Bilateral necrosis of the cornea following the use of the Hair. Dye, on the eyebrows and Lasches », *J. A. M. A.*, 102, 286, janv. 27, 1934.
- Moncorps, Droller, Canter.** — « Les pâtes et les cosmétiques à base de cholestérine peuvent-ils être nuisibles à la santé », *Munchener Medizinische Wochenschrift*, n° 33, 18 août 1933.
- Nott.** — « Intoxication générale due à la paraphénylène-diamine employée comme teinture capillaire », *British medical Journ.*, n° 3297, 8 mars 1924.
- Oppenheim.** — « Dermate bulleuse striée consécutive aux bains de soleil dans les prés », *Annales de Dermat. et de syph.*, t. III, n° 1, janvier 1932.
- Orlowski.** — « Action of iodine applied to skin in cosmetic ointment », *Dermat. Woch.*, t. 91, p. 1442, 1445, 27 septembre 1930, n° 39.
- Paschkis.** — *Au sujet des cosmétiques en dermatologie*, Edition Alfred Hölder, 1911, Vienne.
- Pages.** — *L'eczéma solaire*, thèse Paris, 1931.

- Parkunst.** — « Dermatitis par port de gants de peau de daim », *The J. of the A. M. A.*, n° 4, p. 301, 23 juillet 1932.
- Pasteur-Vallery-Radot.** — « Urticaire solaire », *Bull. et mém. société med. des hôpitaux de Paris*, 12, 1122, 1125, 5 juillet 1928.
- Polland.** — « Dermate bulleuse consécutive au bain de soleil », *Med. Klin.*, 30 sept. 1932.
- Pollinger.** — *Contribution à l'étude sur les accidents dus à certains procédés de teinture et de cosmétique*, thèse de Paris, 1931.
- Reilt.** — *Use of piperonal as test for presence of isopropyl alcohol* *Leitschrift f. untersuch. d. Lebensmitt.*, 57, 277, 288, avril 1929.
- Rohrbach.** — *La conception actuelle de l'allergie et des Dermatoses allergiques.*
- Rollier.** — « Le rôle de la posologie et de la technique dans la tolérance et l'accoutumance à l'irradiation solaire », Résumé en : *Revue d'acnol. et de physiopath.*, n° 4, juillet, août 1934.
- Remlinger et Bailly.** — « La mort rapide des souris et des rats, des cobayes et des lapins, exposés au soleil », *Maroc med.*, 15 avril 1933, n° 130.
- Saafeld.** — « Danger of cosmetics, and cosmetic procedures », *Urolog. et Cutan. Rev.*, 36, 387, 391, juin 1932.  
— « Cosmetics », *Med. Welt*, 4, 89, 91, 18 janvier 1930.
- Siemens.** — « Über systematitiente Pigmentierungen, nach die bullosen, Wiesempfalzen Dermatitis », *Wermat. Woch.*, 86, 627, 628, 12 mai 1928.
- Sgrosso.** — « Sur quelques affections oculaires peu communes dues à des teintures capillaires », *Archivio di ottalmologia*, Anno 32, vol. XXXII, n° 12, décembre 1925.
- Sedan.** — « Deux cas de kératito-conjonctivites professionnelles chez des artistes de cinéma », *Annales d'oculistique*, p. 42, 1925.
- Simon.** — « Une nouvelle rançon de la mode; dermite artificielle due à des gants noirs », *Bulletin médical*, 11 mars 1933, n° 10.  
— « Allergy due to cutaneous absorbtion », *Kentucky M. J.*, 29, 510, 512, sept. 1931.
- Stich.** — « Von den Haut firnissen », *Dermat. Woch.*, 94, 712, 713, 21 mai 1932.
- Stine.** — « Névrite optique et atrophie optique produites par une

intoxication due au thallium, à la suite d'emploi prolongé d'une crème de beauté », *Am. J. of Ophthalmology*, juillet 1932.

**Tobias.** — « Cosmetics », *J. Missouri, M. A.*, 23, 63, 69, fév. 1932.

**Urquhart.** — « Sequelles d'un bain de soleil », *Br. M. J.*, n° 3876, 22 juillet 1933.

**Vigne et Boyer.** — « Deux cas de cheilite du rouge », *Bulletin société française de dermat. et syph.*, 39, 353, 355, mars 1932.

**Wurmfeld.** — « Maladies allergiques de la peau », *Medizin. Klin.* n° 35, 1930.

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                      |     |
|------------------------------------------------------|-----|
| AVANT-PROPOS .....                                   | 15  |
| INTRODUCTION .....                                   | 16  |
| <i>Chapitre premier.</i> — IRRITANTS PHYSIQUES ..... | 20  |
| <i>Chapitre II.</i> — IRRITANTS CHIMIQUES .....      | 44  |
| <i>Chapitre III.</i> — IRRITANTS MÉCANIQUES .....    | 99  |
| CONCLUSION .....                                     | 105 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                  | 109 |

---





